Rok XXIX. Kraków, 12 Lipca 1890. Nr. 28.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala pow. w Biały.

Wieczorem dnia 23-go kwietnia 1890 r. poraz pierwszy większą ilość ofiar położyła broń palna, po której strategicy w przyszłéj wojnie wielkich spodziewają się wyników. Tym razem była to walka bratobójcza w Białéj, w której użyto broni celem poskromienia pijanéj tłuszczy. Mając sposobność obserwowania prawie wszystkich rannych, a następnie dokonawszy sekcyj zwłok zabitych i umarłych z powodu pocisków, przedstawiam niniejszem wyniki mojéj pracy, z której lekarze powołani do niesienia pomocy rannym w przyszłéj wojnie niejedną wskazówkę zaczerpnąć mogą.

Broń, której użyto, jestto tak zwany system Manlicherowski w roku 1888 zaprowadzony w armii austryjackiéj i pruskiéj. Kula ma powierzchnię całkiem gładką i składa się z cienkiéj osłony stalowéj i jądra ołowiowego. Jest ona 31·8 milimetrów długą o średnicy 8 milimetrowéj i waży 15·8 gramów. Do wyrzucenia tego pocisku z lufy potrzeba stosunkowo małéj ilości, bo tylko 4 gramów prochu. Mimoto niesie kula na 5000 kroków z chyżością początkową 530 robiąc na sekundę 2120 obrotów około osi długiéj. Dodajmy do tego, że żołnierz może dać 40[1]) strzałów na minutę, a będziemy mieli pojęcie o najbardziéj dotąd wydoskonalonéj broni palnéj. Spodziewano się po niéj, iż wobec bardzo małéj objętości i ogromnéj chyżości jako też wobec tego, że powierzchnia jest całkiem gładką, rany zadane będą bardzo małemi, że ani w częściach miękkich, organach miąższowych ani w kościach nie wywoła takich zniszczeń jak kule w poprzednich wojnach użyte, że zatem w przyszłości więcéj będzie rannych, ale za to strona śmiertelności się zmniejszy, jak również mniéj pozostanie kalek. Doświadczenia dokonane na zwłokach i zwierzętach[2]) nie potwierdziły w całości oczekiwań, o ile zaś te zgodne są z rzeczywistością przekonywamy się z historyj chorych i oględzin pośmiertnych.

Już po rozwiązaniu krwawego dramatu t. j. około godziny 8-méj wieczór w dniu 23 go kwietnia r. b. przywieziono zwolna do tutejszego szpitala 12-tu bezprzytomnych, albo bardzo mało przytomnych. W liczbie téj atoli był jeden, który jak późniejsze badanie wykazało, żadnego nie doznał uszkodzenia, tylko legł pijany, dwóch innych zaś było rannych od broni białéj; tych tedy nie uwzględniam.

1) S. S. robotnik fabryczny, z Kóz, l. 16, odpowiednio do wieku dość dobrze zbudowany i odżywiony, został postrzelonym, zdaje się, z odległości zaledwie kilkudziesięciu kroków poczem padł bezprzytomny i mniéj lub więcéj w godzinę późniéj w szpitalu opatrzony został. Tenże okazał w linii pachowéj przedniéj na 5 cm. poniżéj lewego łuku żebrowego ranę okrągławą 5 mm. w średnicy mającą z obwódką, jakby sparzoną na 1 mm. szeroką. Drugą zaś ranę w okolicy dolnego brzegu nerki lewéj mającą 7 mm. w średnicy o brzegach nieco postrzępionych. Tętno słabe nie poprawiło się mimo zadania koniaku i śmierć nastąpiła w 2 godziny po przybyciu do szpitala.

Sekcyja zwłok wykazała: dość sporą ilość płynnéj i skrzepłéj krwi w jamie brzusznéj. Kanał postrzałowy przechodzi przez mięśnie brzucha i tworzy na otrzewnéj blisko łuku żebrowego gładki otwór drożny dla końca małego palca. Podobny otwór jest na otrzewnéj przy dolnym końcu nerki lewéj. Brzeg tylny nerki blisko dolnego końca ma gładkie naddarcie 5 mm. w miąższ idące, następnie przechodzi kanał postrzałowy po zewnętrznym brzegu lewego mięśnia lędźwiowego (*psaos*) ku otworowi tylnemu. W mięśniach na około kanału postrzałowego bardzo mała ilość wynaczynionéj krwi. W jamie brzusznéj żaden narząd nie uszkodzony.

2) J. H., 18-letni, robotnik fabryczny, z Rybanowic, słusznego wzrostu, dobrze zbudowany, doznał ran postrzałowych z odległości około 50 kroków w lewą gałkę oczną, po lewéj stronie klatki piersiowéj i lewego podudzia. Nieprzytomny padł na miejscu i został dostawionym do szpitala z brakiem lewéj gałki ocznéj. W kącie wewnętrznym oka lewego jest niekształtna rana, powieka górna wywinięta ku górze. Z rany wydobywają się kawałki miąższu mózgu. Po nad prawym obojczykiem mniéj lub więcéj w środku jest okrągława ranka dla główki szpilki drożna, od któréj biegnie

[1]) Najgorszy strzelec daje 25, mistrze dochodzą do 54 strzałów. — [2]) Dr. Habart. *Zur Frage moderner Kleinkaliberprojectile. Wiener medicinische Presse* 1889, Nr. 24. Tenże: *Die Geschossfrage der Gegenwart*. Wien, 1890.

kanał $1^{1}/_{2}$ cm. długi równolegle do obojczyka, na końcu którego tkwi kawałeczek ołowiu niekształtnego wielkości ziarnka prosa. Po lewéj stronie klatki piersiowéj widać na skórze cztery niekształtne ranki, każda wielkości ziarnka soczewicy, nie drążące przez całą grubość skóry, w których tkwią drobne kawałeczki ołowiu trudno od skóry oddzielić się dające. W lewej pasze widać okrągławą ranę o brzegach nierównych wielkości czworaka, z któréj przy oddechaniu wydobywa się powietrze i skąpa ilość krwi. Na przedniéj powierzchni podudzia lewego jest eliptyczna rana o średnicy 6 cm. długiéj i brzegach nierównych, na dnie któréj wyczuć można zmiażdżoną kość goleniową. Kończynę dolną lewą ułożono na szynie, rany opatrzono jodoformem. Śmierć nastąpiła w 6 godzin po zadaniu ran.

Sekcyja wykazała: a) miąższ mózgu wypełnia lewą jamę oczodołową, na dnie któréj zmiażdżone są kości dno oczodołu stanowiące t. j. *pars orbitaria ossis frontis*, *lamina papyracea ossis ethmoidei*, *superficies orbitalis maxillae superioris*, *ala magna ossis sphenoidei* i *os lacrymale*. Od oczodołu rozchodzą się szczeliny promienisto. Brzeg oczodołu w całości utrzymany. Miąższ mózgu w okolicy oczodołu zmiażdżony i pomięszany z odłamkami kości, opony mózgowe poszarpane. W dalszym ciągu biegnie kanał gładki niemal poziomo po lewéj stronie spoidła mózgowego *(corpus callosum)* i kończy się ślepo tuż pod oponą mózgową na tyłogłowiu. W kanale tkwią drobne cząstki kości, na końcu zaś tkwi niekształtny kawałeczek ołowiu. Pomiędzy oponami, jakoteż na podstawie mózgu, wynaczyniona krew w skąpéj ilości; b) poniżéj pachy lewéj jest w okolicy 6-go żebra okrągławy ubytek skóry w średnicy 4 cm. o brzegach nierównych. Szóste żebro w temże miejscu przebite, na około rany w żebrze idą promieniste szczeliny w wszystkich kierunkach. Kanał postrzałowy idzie przez górny brzeg dolnego płatu płuca lewego dla palca średniego drożny. Miąższ płuca na około kanału przekrwiony, prawie bezpowietrzny. Górny brzeg 8-go żebra okazuje na 5 cm. od kręgosłupa ubytek półkolisty o średnicy 5 mm.; w téj okolicy przestwór międzyżebrowy 7-my jest rozdarty. Poniżéj dolnego kąta łopatki lewéj tkwią pod skórą dwa kawałeczki ołowiu; c) mniéj lub więcéj w środku lewego podudzia jest ponad kością goleniową ubytek skóry 6 cm. długi a 4 cm. szeroki o brzegach nierównych. Kość goleniowa w tem miejscu jest potrzaskaną i okazuje na przedniéj powierzchni ubytek długości 5 cm. W okolicy tegoż wielka ilość drobnych odłamków po części luźnie leżących, po części ze sobą spojonych za pomocą okostnéj. Z tylnéj powierzchni kości goleniowéj oddarty jest 15 cm. długi odłamek o brzegach ostrych, a nadto spora ilość mniejszych odłamków. W mięśniach łydki tkwią drobne oszczepy kości i kawałeczek niekształtny ołowiu. Kość piszczelowa w całości jest utrzymaną.

3) F. S., wyrobnik fabryczny z Starego Bielska, liczący lat 37, okazuje po lewéj stronie pępka w odległości 3 cm. od tegoż ranę okrągławą o brzegach nieco postrzępionych drożną dla palca wskazującego, z któréj się sączy dość obficie krew. Tętno słabe, częste wymioty, nieprzytomność. Ranę rozszerzyłem ku górze i ku dołowi, aby sobie utorować drogę do jamy brzusznéj. Na najwyższéj wypukłości jelita znalazłem ranę dla dużego palca drożną o brzegach nierównych drążącą przez wszystkie warstwy jelita. W ranie tkwi kawałeczek grubo krajanéj kapusty (kilka kawałeczków kapusty usunąłem nadto z jamy brzusznéj). Ranę w jelicie spoiłem jednowarstwowym szwem z katgutu karbolowego, a że mimo to krwawienie nie ustawało, śledziłem daléj za miejscem broczącem i znalazłem otwór dla dużego palca drożny na śródjeliciu poprzecznem *(mesocolon transversum)*, który zeszyłem katgutem chromowym. Następnie oczyściłem jamę brzuszną, spoiłem szwem kuśnierskim najpierw ranę w otrzewnéj ściennéj, daléj ranę w mięśniach i skórze i założyłem opatrunek jodoformowy, opatrzywszy zarazem okrągłą ranę o brzegach gładkich w okolicy nerkowéj prawéj mającą 7 mm. średnicy. Śmierć nastąpiła w 6 godzin po doznanem uszkodzeniu, przytomność nie wróciła.

Sekcyja wykazała: małą ilość krwi w jamie brzusznéj bez obcéj treści. Szew na jelicie, jakoteż śródjeliciu trzymał dobrze, inne narządy w jamie brzusznéj nieuszkodzone. Kanał postrzałowy kończy się tuż poniżéj prawéj nerki koło kręgosłupa bez naruszenia kręgu lub nerki. Lekkie nastrzykanie otrzewnéj.

4) F. W., wyrobnik z Cięciny, lat 51 liczący. Tenże poniósł ranę postrzałową w częściach miękkich po nad częścią łopatkową lewego obojczyka (*pars acromialis claviculae sinistrae*). Rana z przodu całkiem okrągła ma 5 mm. w średnicy z obwódką, jakby ugniecioną; z tyłu jest rana nieco gwiazdkowata, mająca 8 mm. w średnicy po nad górnym zewnętrznym kątem łopatki lewéj. W lewéj okolicy łonowéj 3 cm. powyżéj spojenia kości łonowych jest rana okrągła, 7 mm. w średnicy mająca, o brzegach gładkich. Druga rana jest w linii białéj na 5 cm. poniżéj pępka, o średnicy 6 mm., z obwódką 1 mm. szeroką, kształtu okrągłego. Trzecią ranę znaleziono 3 cm. na zewnątrz od prawego kolca przedniego górnego (*spina anterior superior*) o średnicy 8 mm., nieco postrzępioną. Czwarta rana wreszcie znajduje się po lewéj stronie kości krzyżowéj. Nieprzytomność, wymioty, tętno bardzo słabe, założono opatrunek jodoformowy. Śmierć po upływie 6-ciu godzin.

Sekcyja: kanał łączny rany ponad obojczykiem lewym jest całkiem gładki i zawiera tylko skąpą ilość krwi. Odpowiednio do rany w okolicy łonowéj lewéj jest w lewym wewnętrznym dołku pachwinowym otwór w otrzewnéj ściennéj mający w średnicy 1 cm. i brzegi gładkie. Na przeciw niego jest w sieci na 7 cm. szeroka rana, daléj jest na otrzewnéj miednicy okrągły otwór dla palca drożny po lewéj stronie między kością kryżową a ogonową. Kanał kończy się w ranie skórnéj po lewéj stronie kości krzyżowéj. Odpowiednio do rany poniżéj pępka w linii białéj jest na otrzewnéj ściennéj rana dla małego palca drożna, daléj w jelicie mniéj lub więcéj w połowie długości tegoż na szczycie otwór o średnicy 1 cm., w oddaleniu 10 cm., drugi otwór 3 cm. w średnicy mający, w dalszym ciągu na 30 cm. powyżéj kiszki ślepéj jest przedziurawienie ścian jelita biodrowego dla palca drożne; zaś na otrzewnéj ściennéj kolo prawego kolca górnego przedniego otwór okrągławy o średnicy 1 cm. W jamie otrzewnowéj nieco krwi (kanał postrzałowy idzie widocznie od linii białéj ku kolcowi górnemu prawemu, strzał ten zatem paść musiał w położeniu leżącem).

5) K. Sz., lat 23 liczący, robotnik fabryczny, doznał postrzału przez oba pośladki niemal symetrycznie; został opatrzonym w szpitalu i umarł w 9 godzin po doznanem uszkodzeniu, po kilkakrotnych wymiotach.

Sekcyja: po zewnętrznéj stronie pośladka 14 cm. poniżéj grzebienia kości biodrowéj lewéj okrągła rana o brzegach gładkich, 5 mm. w średnicy mająca, z wąską obwódką. Po zewnętrznéj stronie pośladka prawego 10 cm. poniżéj grzebienia kości biodrowéj jest rana, mająca 7 mm. w średnicy z obwódką zaschłą, w przedłużeniu któréj w kierunku ku kości krzyżowéj jest przeczos 6 cm. długi ku końcowi się rozszerzający tak, że razem z raną ma postać komety. Po otwarciu jamy otrzewnowéj widać skąpą ilość krwi, a w małéj miednicy płynny kał. W kiszce grubéj zstępującéj jest sześć otworów okrągławych każdy o średnicy 1 cm. Z lewéj strony miednicy widać na otrzewny okrągławy otwór o średnicy $1^{1}/_{2}$ cm. komunikujący z raną w skórze. Po prawéj stronie miednicy jest na otrzewnéj rana o średnicy 1 cm., również z raną w skórze komunikująca. Kanał przechodzi po stronie prawéj przez *foramen ischiadicum majus* tuż koło kości biodrowéj, nie dotykając takowéj, po stronie lewéj zaś przez *foramen ischiadicum majus* w odległości 2 cm. od kości; w kanale postrzałowym nieco krwi.

6) M. M., robotnik fabryczny, z Rychwałdu, mający lat 32, doznał rany postrzałowéj brzucha, biegł następnie około 2000 kroków do fabryki, w któréj pracował, tamże zawezwany lekarz założył mu opatrunek, z którym go odniesiono do szpitala. Śmierć nastąpiła po upływie 10 godzin.

Sekcyja wykazała: rana okrągła 5 mm. w średnicy mająca, z obwódką 5 milimetrową w odległości 7 cm. od pępka w linii pozioméj ku stronie lewéj. Z tyłu w odległości 9 cm. od kręgosłupa na lewo w okolicy grzebienia kości biodrowéj okrągła rana, mająca 7 mm. w średnicy. W jamie otrze-

wnowéj dość znaczna ilość krwi po części płynnéj, po części skrzepłéj. Na największéj krzywiźnie jelita okrągława rana o średnicy 2 cm., nieco mniejsza zaś rana w ścianie zewnętrznéj jelita, daléj na śródjeliciu rana przeszło 2 cm. długa. Po wewnętrznéj stronie lewéj kości biodrowéj jest dziura, mająca 6 mm. w średnicy, o brzegach dosyć gładkich, około któréj drobne szczeliny; po zewnętrznéj stronie kości biodrowéj jest otwór mniéj równy, a blaszka zewnętrzna na około otworu oderwana. W kanale postrzałowym pomiędzy kością, a raną w skórze tkwią drobne odłamki kości.

7) R. S., pomocnik malarski, z Lipnika, lat 25, otrzymał postrzał, jak sam twierdzi, z tyłu w odległości 180 kroków, uszedł jeszcze 800 kroków drogą nierówną do domu, gdzie lekarz zawezwany założył szew jelitowy i zaszył ranę brzuszną szwami jedwabnemi. Śmierć nastąpiła po upływie 6 godzin. Uskutecznilem sekcyję sądowo-lekarską, bo wypowiedziano zdanie, iż strzał padł z piwnicy i to nie od broni Manlicherowskiéj.

Sekcyja: w linii przymostkowéj prawéj na 4 cm. poniżéj łuku żebrowego jest rana spojona dwoma szwami węzełkowemi, po usunięciu których widać ranę obłą 4 cm. długą a $1\frac{1}{2}$ cm. szeroką, a na dnie jéj obnażone jelito. W linii pachowéj tylnéj ponad grzebieniem prawéj kości biodrowéj rana prawie okrągła o średnicy $4\frac{1}{2}$ cm. Brzegi rany równe, ostre. W miejscu odpowiadającem ranie na brzuchu jelito jest zaszyte szwem jedwabnym, po zdjęciu którego widać w całości przedarte jelito na przestrzeni 2 cm. Rana w otrzewny jest większa, aniżeli w błonie śluzowéj jelita. Nieco niżéj jest również szew jelitowy, po usunięciu którego widać, iż tylko otrzewna przedartą została na przestrzeni 2 cm. bez naruszenia warstwy mięsnéj. W kiszce grubéj wstępującéj jest otwór wielkości czworaka, szwem niespojony. Na otrzewnéj ściennéj, nieco powyżéj grzebienia kości biodrowéj, jest rana o brzegach nierównych wielkości czworaka.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z oddziału kiłowo-skórnych kobiet we Lwowie.

Pyoktanina.

Podał

Dr. Ż. Krówczyński.

Dr. Stilling, profesor oftalmologii w Strasburgu ogłosił przed kilkoma miesiącami rozprawę zatytułowaną „*Anilinfarbstoffe als Antisepticum und ihre Anwendung in der Praxis,*" z której dowiadujemy się o rezultacie badań nad barwikami anilinowemi. Odsyłając ciekawych do tej pracy, wspomnę pokrótce, że robił on doświadczenia botaniczne i bakteryjologijne z barwikami anilinowemi, fioletowemi i żółtemi, które pokrótce nazywa pyoktaniną niebieską i żółtą, a z których wypływa, że barwiki fioletowe i żółte, pierwsze silniej, szkodliwie wpływają na rozwój bakteryj tak gnilnych, jakoteż koków ropnych i że słabe rozczyny barwików wspomnianych okazują silne działanie antifermentacyjne. Doświadczenia na zwierzętach przekonały Stillinga o nieszkodliwości preparatów i zachęciły go do szeregu doświadczeń terapeutycznych, których rezultat był bardzo zachęcający. Jako okulista doświadczał działania pyoktaniny w zapaleniach rogówki z nagromadzeniem ropy w przedniej komórce, w owrzodzeniach rogówki, w zapaleniu powiek, spojówek, w miąższowem zapaleniu rogówki, w zapaleniu tęczówki, a nawet naczyniówki i w rozpaczliwym przypadku zapalenia sympatycznego oka. Zadowolony z rezultatów leczył i inne choroby, a na podstawie wszystkich spostrzeżeń wypowiada przekonanie, że pewne przetwory anilinowe stanowczo sterylizują i powstrzymują ropienie. Zachęcony tą pracą przedsięwziąłem badania terapeutyczne tak na materyjale szpitalnym, jakoteż ambulatoryjnym, o których obecnie kilka słów powiedzieć pragnę. Nie zniechęciły mnie ogłoszenia niepotwierdzające spostrzeżenia Stillinga, a idąc za radą autora sprowadziłem rozmaite preparaty pyoktaniny od Mercka z Darmstadtu, bo na czystość przetworów kładzie Stilling wielki nacisk. Wraz z kol. Świątkiewiczem i Stembarthem, pracującymi razem ze mną na oddziale, zastosowywaliśmy ją przedewszystkiem w zapaleniach cewki u kobiet, wychodząc z tego założenia, że objawy zapalenia, polegające w każdym razie na ropieniu, powinny szybko ustępować. Używaliśmy do przepłókiwania cewki słabych rozczynów wodnych pyoktaniny niebieskiej 0·1—200, ale rezultat tych doświadczeń bynajmniej nie był dodatni. Tak samo w tryprach u mężczyzn nie otrzymaliśmy dodatnich wyników tak po przepłókiwaniach, jakoteż przy injekcyach wykonywanych w zwykły sposób. Dziś stanowczo twierdzimy, że słabe rozczyny pyoktaniny niebieskiej 0·1—200 do 0·1—100 są stanowczo w tryprach nieskuteczne, a z doświadczeń robionych silniejszemi rozczynami nie chcemy na razie wysnuwać wniosków. Nieporównanie lepsze rezultaty otrzymano, stosując pyoktaninę niebieską w *Herpes progenitalis.* We wszystkich przypadkach tak u kobiet jakoteż u mężczyzn dokładne pomazanie pałeczką pyoktaniny niebieskiej, połączone ze zniszczeniem pęcherzyków, usuwało cierpienie, które po dwurazowém co najwięcej pomazaniu, raz na 24 godzin dokonaném, zupełnie ustępowało. Nie wielka to jednak korzyść, bo Herpes progenitalis jak wiadomo należy do bardzo dobrotliwych zboczeń. Używano pyoktaniny w kilku przypadkach owrzodzeń miękkich tak u mężczyzn, jakoteż kobiet. Te spostrzeżenia dały zadowalające wyniki. Ponieważ dla stanowczej dyjagnozy w 2 przypadkach zaszczepiłem wrzody miękkie na indywiduach dotkniętych chorobą, miałem sposobność przekonać się, że pyoktanina tém skuteczniej działa, im wcześniejsze jest owrzodzenie. Dodawszy do tego, że zastosowanie pyoktaniny jest zupełnie bezbolesne i że w żadnym przypadku nie powstało zajęcie gruczołów pachwinowych, chociaż w jednym przypadku były bardzo liczne owrzodzenia nietylko około spoidła dolnego i na sromie większym, ale co najważniejsze około wejścia do kiszki i w samej rzyci, w drugim zaś znajdowały się na więzadełku napletkowem, a jak wiadomo owrzodzenia tutaj usadowione najczęściej towarzyszą dymienicy, musimy z rezultatów być zadowoleni. W dwóch przypadkach po 3 razowém dokładnem pomazaniu wrzody miękkie były zupełnie zabliźnione, chociaż prócz tego nic nie robiono, w ogóle zaś leczenie krócej trwało, niż przy dotychczasowych sposobach leczenia. Prócz tego w 2 przypadkach dymienic po wrzodach miękkich stosowałem i również z dobrym skutkiem rozczynu 0·1—200 pyoktaniny niebieskiej. W obu przypadkach dymienicy pachwinowej zropiałej nakłułem tylko o tyle, aby umożliwić wyciśnięcie ropy, a uskuteczniwszy to, wstrzyknąłem rozczyn pyoktaniny 0·1—200 i po powtórném wyciśnięciu wstrzykniętego płynu znów wstrzyknąłem, pozostawiając 2 gramy rozczynu w jamie. Na drugi dzień nie było śladu ropy, a tylko płyn czysto surowiczy, bardzo lekko krwią zabarwiony, a 4 dnia był proces chorobowy zupełnie ukończony Za mało spostrzeżeń zgromadziłem dotąd w owrzodzeniach skóry i w owrzodzeniach tocznia *(Lupus),* abym mógł wypowiedzieć zdanie o wynikach, zdaje mi się jednak, że działanie jodoformu przewyższa działanie pyoktaniny we wrzodzącej postaci tocznia. Na razie nie chcę przesądzać sprawy co do skuteczności w zapaleniu tryprowém szyjki macicy, na które zastosowywano jużto żółtą, jużto niebieską pyoktaninę, mam jednak nadzieję, że wkrótce koledzy pra-

cujący ze mną zdadzą dostatecznie sprawę. Na dzisiaj mogę zapewnić, że niebieska pyoktanina jest stanowczo skuteczną w owrzodzeniach zwykłych w Herpes progenitalis i tak zwanych wrzodach miękkich i że w tych przypadkach stanowczo zasługuje na pierwszeństwo przed sposobami dotychczas używanemi a wreszcie że dotychczasowe próby moje z leczeniem dymienic po wrzodach miękkich zachęcają co najmniej do dalszych doświadczeń.

Słyszałem i widziałem, że innym kolegom pyoktanina niebieska nie dawała równie dobrych wyników jak mnie, a zdaje mi się, że winę ponosił nie środek, lecz sposób jego użycia. Aby działanie było widoczne, radzę najpierw dokładnie oczyścić wrzód rozczynem pyoktaniny niebieskiej 1—1000, potém watą napojoną pyoktaniną lekko osuszyć, wreszcie zwilżoną pałeczką pyoktaniny niebieskiej dokładnie pomazać, a nakoniec proszkiem czystym pyoktaniny posypać i watą pyoktaninową przykryć, i to postępowanie przez kilka dni w odstępach 24 godz. powtórzyć.

Nie mogę zamilczeć o ujemnej stronie pyoktaniny, a tą jest niebieszczenie rąk i miejsc, z któremi pyoktanina się styka. Łatwość oczyszczenia rąk wyskokiem mydlanym (*Spiritus saponis kalini*) lub wódką kolońską zmniejsza tę niedogodność.

III. Przyczynek do onkologii powiek.

Podał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Wspomnę daléj o dwóch podanych przypadkach gruczolaka gruczołów Meiboma. Pierwszy opisał taki przypadek Baldauf (*Diss.* München 1870). Kobieta 59-letnia; guz rósł 4 lata i zajmował $^2/_3$ części chrząstki prawéj dolnéj powieki. Rozpatrzywszy się w literaturze i na podstawie swego przypadku, B. przyznaje powstawanie z gruczołów Meiboma prawdziwego gruczolaka, jak pojmował go Förster, t. j. nowotwór powstaje li tylko wskutek wybujania tkanki gruczołowéj i jest bezwarunkowo łagodny. Rozwój jest nader powolny, a nowotwór wyraźnie się odgranicza od części otaczających. Drugi przypadek opisał Bock (*Wiener med. Wochenschrift* 1888, Nr. 39). U 62 letniéj kobiety, na wewnętrznéj powierzchni prawéj górnéj powieki znajdowała się blado-różowa narośl o powierzchni guzowatéj, a miękka jak ciasto. Badanie drobnowidowe wykazało: gruczolak z gruczołów Meiboma powstały.

Teraz opiszę własne swoje przypadki.

1) Ziarniniak powieki. A. N., 18 letni chłopiec, opowiada, że przed trzema laty otrzymał uderzenie trzaską w lewą dolną powiekę. W pobliżu kąta zewnętrznego oka spostrzegamy w dolnéj powiece obrzęk 9 mm. długi, a 7 mm. wysoką. Skóra powieki jest zupełnie prawidłową i w obrębie nowotworu swobodnie przesuwalną, chociaż spostrzegamy tu białawą plamkę, jakby bliznę. Natomiast na spojówce powieki, w miejscu odpowiedniem nowotworu, spostrzegamy znaczne przekrwienie; zresztą pozostała część spojówki téj powieki, jakoteż spojówka górnéj powieki i gałki są zupełnie prawidłowe. Narośl ponad chrząstką nie była przesuwalną, będąc z nią ściśle zrośniętą, chrząstka zaś w ogóle w okolicy kąta zewnętrznego jest znacznie zgrubiałą. Zdecydowałem się wyciąć narośl całkowicie przez cięcie w skórze powieki wykonane, gdyż w wyskrobaniu za pomocą ostréj łyżeczki nie pokładałem wielkiéj nadziei, a to z powodu, że na spojówce chrząstki nie spostrzegłem zwykłego przy stwardniałym jęczmyku blado-żółtego miejsca. Już podczas operacyi przekonałem się, że guz w kierunku ku spojówce stopniowo się zmniejszał, nadto udało się oddzielić go swobodnie od spojówki powieki, która pozostała zatem nietkniętą. Po należytem przechowaniu nowotworu, wykonałem przez cały cięcia poprzeczne, począwszy od części jego, która ku skórze była zwróconą. Już po ósmem lub dziesiątem cięciu w środku nowotworu spostrzegłem wyraźny punkcik. Gdy zagłębiłem się do nowotworu mniéj lub więcéj o 2 mm., nóż mikrotomu zazgrzytał w samym środku, jednocześnie też przekonać się mogłem, że w miejscu, które odpowiadało poprzedniemu punkcikowi, znajdowało się ciało twarde, prawdopodobnie obce. Przeto uwolniwszy wyrób od parafiny, którą był przesiąknięty, wyciągnąłem owo ciało za pomocą szczypczyków i przekonałem się, że byłto kawałek drzewa, ku wewnątrz znacznie cieńszy, ku zewnątrz znacznie grubszy, a przenikający przez cały nowotwór w kierunku cokolwiek ukośnym; wogóle miał grubości 0·5—1·0 mm. Po usunięciu drewienka na cięciach zawsze otrzymywałem mniéj lub więcéj w środku nowotworu światło, najprzód większe, późniéj w kierunku ku wewnętrznemu brzegowi nowotworu stopniowo coraz mniejsze. Sam nowotwór byłto typowy ziarniniak wywołany obecnością w tkance powieki cząstki drzewa. Nie ulega wątpliwości, iż w chwili uderzenia trzaską jeden z ostrych jéj końców utkwił w saméj tkance powieki, następnie zaś odłamał się, a powstały otwór zaciągnął się zupełnie; za wskazówkę w tym razie służyć może blizna w skórze powieki spostrzegana. Że przy badaniu chorego nie mogliśmy przypuszczać istnienia ciała obcego, nic w tem dziwnego, gdyż takowe najzupełniéj było otoczone dość grubą zresztą pochewką z tkanki ziarninowéj złożoną. Budowa ziarniniaka na całéj przestrzeni nowotworu była zupełnie jednostajną, tylko w okolicy chrząstki spostrzegałem w dwóch miejscach dość znaczne jeszcze resztki gruczołów Meiboma, pozaczem sama chrząstka również przeistoczyła się w tkankę ziarninową.

2) Gruczolak gruczołów Krausego. A. N. 34-letni mężczyzna, od trzech lat spostrzegł stopniowo zwiększającą się obrzękłość prawéj górnéj powieki, nieopodal kąta zewnętrznego oka. Przy oględzinach znalazłem: szczelina powiek prawegooka cokolwiek wązka, zwłaszcza w okolicy kąta zewnętrznego. Łatwo się też przekonać, iż górny brzeg chrząstki w połowie zewnętrznéj oka jest znacznie zgrubiały; zgrubiałość ta stanowi jakby wałek, wyraźnie odgraniczony od pozostałéj części chrząstki. Skóra nad nowotworem jest zupełnie swobodnie przesuwalną, przeciwnie z chrząstką jest on bardzo ściśle połączony. Cały nowotwór ma długości przeszło 1 ctm., grubości zaś i szerokości jego ściśléj określić niepodobna, ze względu na bezpośrednie połączenie jego z chrząstką. Stopniowy, a bardzo powolny rozwój nowotworu dowodził łagodności jego, ze względu zaś na miejsce, które zajmował, uzasadnionem było przypuszczenie, iż pochodzi od tych części gruczołów Krausego, które znajdują się nie w zwężonéj części chrząstki powieki, pomiędzy górnym brzegiem gruczołów Meiboma a miejscem przyczepienia dźwigacza powieki, lecz jak najpierw dokładniéj opisał Wolfring, znacznie daléj ku zewnątrz, już poza obrębem chrząstki, po obu stronach ścięgna dźwigacza powieki, przeważnie zaś po stronie zewnętrznéj tegoż. Odwróciwszy powiekę łatwo przekonać się mogłem, że spojówki zarówno powieki, jakoteż fałdu przejściowego, zupełnie były prawidłowe i z nowotworem bynajmniéj nie zrośnięte. Mogłem się spodziewać, że z łatwością usunę przez cięcie w skórze nowotwór wraz ze zwyrodniałą częścią chrząstki, pozostawiając spojówkę zupełnie nietkniętą. W saméj powiece nowotwór miał położenie ukośne: górna powierzchnia znajdowała się bliżéj skóry, dolna bliżéj spojówki.

Przechowany początkowo w płynie Müllera nowotwór miał długości 1·3 ctm., wysokości 1 ctm., grubości zaś 1·5 ctm. W środku wewnętrznéj powierzchni nowotworu spostrzegłem niegłęboką wklęsłość, która dzieliła go na dwie nierówne części, mniejszą górną i znacznie większą dolną, wklęsłość była również wyraźną na skroniowéj i nosowéj powierzchniach nowotworu, przeciwnie na przedniéj powierzchni zaledwie była widoczną. Na cięciach poprzecznych w istocie przekonałem się, że co do budowy obie części nowotworu znacznie się różniły. Jakkolwiek nowotwór był wyraźnie odgraniczony od sąsiednich tkanek, jednakże dokoła niego torebki z tkanki łącznéj nie znalazłem. Górna połowa nowotworu składała się z dość gęsto obok siebie położonych okrągławych pól, przedzielonych przegródkami, których grubość przeciętna wyno-

siła mniéj więcéj połowę przeciętnéj grubości pola i tylko w kilku miejscach widziałem przegródki, których grubość znacznie już przenosiła średnicę pola. Pola owe składały się z komórek nabłonkowych walcowatych, których grubsze podstawy skierowane były ku obwodowi, wierzchołki ku środkowi pola, jądra zaś komórek znajdowały się bliżéj obwodu, w części grubszéj komórek. Światło widziałem w bardzo niewielu polach. Przegródki, które pola przedzielały, składały się z typowéj tkanki ziarninowéj i grubiały widocznie w kierunku z góry i z zewnątrz, ku dołowi i ku wewnątrz czyli ku owemu rowkowi, który, jak wyżéj powiedziałem, dzielił nowotwór na dwie nierówne części. Niżéj owego rowka, budowa nagłéj ulegała zmianie: przegródki stanowiły tu odrazu znacznie przemagającą masę tkanki nowotworu, zaś owe pola napotykaliśmy tylko w pewnych miejscach. Stosunek zachodził tu tego rodzaju, że tkanka przegródek czyli podścielisko stanowiło co najmniéj dziewięć dziesiątych powierzchni cięcia poprzecznego. Same pola nabłonkowe tem się tylko różniły od pól w górnéj części, że gdy tam wyłącznie napotykaliśmy okrągłe pola, tu znów obok okrągłych miały one również kształt walcowaty, lecz komórki nabłonkowe, z których się składały, w niczem się nie różniły od komórek górnéj części nowotworu, jądra zaś tak samo były położone w częściach obwodowych. Podścielisko składało się z tkanki ziarninowéj i tylko w kilku miejscach napotykałem dość grube pęczki zbitéj tkanki łącznéj, która zresztą wyłącznie stanowiła najbardziéj ku dołowi posuniętą część nowotworu. Nie mogę przemilczeć tu, że na pierwszy rzut oka dolna część nowotworu najzupełniéj przypomina górną część chrząstki górnéj powieki noworodków, mianowicie wewnętrznéj połowy téjże, która, jak wiemy, gruczoły Krausego posiada. U dorosłych gruczoły te zajmują na cięciach cały prawie wierzchołek chrząstki, pozostawiając często dokoła tylko cienkie pasemko zwięzłéj tkanki łącznéj, bardzo nieliczne komórki zawierającéj; u noworodków przeciwnie zraziki gruczołków bardzo są odosobnione, tkanka łączna wszędzie wogóle w większéj znajduje się obfitości, wskutek tego tak zwana chrząstka powieki, czyli właściwie podścielisko dla gruczołów Meiboma i części gruczołów Krausego w porównaniu do dorosłych osób bardzo jest rozwiniętą, przegródki pomiędzy zrazikami gruczołów Krausego o wiele są grubsze od samych zrazików, z powodu też znacznego odosobnienia zrazików na cięciach o wiele częściéj niż u dorosłych uwydatniają się przewody zrazików w postaci figur walcowatych. Budowa też saméj chrząstki u noworodków jak również u młodych osób tem się jeszcze wyróżnia, że posiada ona komórki o wiele obficiéj, stosunek, który najłatwiej stwierdzić na cięciach poprzecznych powiek dorosłych i noworodków, zabarwionych siniawcem kampeszowym.

Mógłbym nawet nie wspominać, że ze względu na budowę i miejsce nowotworu uznać w nim wypada gruczolak gruczołów Krausego z podścieliskiem z tkanki ziarninowéj. Różnica budowy obu części nowotworu zależy li tylko na tem, że w górnéj części jego góruje tkanka gruczołowa, w dolnéj zaś przeciwnie tkanka ziarninowa.

3) Gruczolak gruczołów łojowych. S. Z., 20-letni. Gałki oka, spojówki i trzy powieki zupełnie prawidłowe, na dolnéj prawéj powiece, mianowicie ku zewnątrz od punkcika łzowego, spostrzegamy okrągławy guz, wielkości małego grochu; chory twierdzi, iż powstał on w ciągu czterech lat. Guz jest zrośnięty ze skórą, lecz jednocześnie również z chrząstką, wskutek czego nie jest przesuwalny; barwy blado żółtéj, dość twardy. Na spojówce powieki jest widocznem blade miejsce wielkości ziarnka konopianego. Nowotwór wyciąłem całkowicie przez cięcie w skórze powieki wykonane. Jakkolwiekbądź był on zrośnięty z chrząstką, jednakże zrośnięcie to właściwie nie przekraczało ochrzęstnéj, gdyż udało się wyciąć go, bynajmniéj nie zagłębiając się do istoty saméj chrząstki. Że w istocie tak było, stwierdziło to badanie anatomiczne. Środkowa część przedniéj powierzchni guza jest zupełnie zrośnięta ze skórą; w miejscu tem spostrzegamy li tylko brodaweczki skórne, natomiast nie znajdujemy wcale ani gruczołów potowych, ani też nawet włosków mchu. Pod warstwą Malpighiego znajduje się zwykła warstwa skóry, znacznie nawet zgrubiała, która zewsząd otacza guz, tworząc dokoła niego dość gruby woreczek, zawierający nieliczne naczynia krwionośne. Od woreczka kierują się ku środkowi do samego nowotworu dość grube przegródki z tkanki łącznéj, również naczynia krwionośne zawierające. Przegródki te tworzą gęstą sieć, któréj pętle wypełniają utwory z tkanki gruczołowéj. Utwory te bez wyjątku prawie na cięciach poprzecznych są okrągławe, chociaż rozmaitéj wielkości. Ku zewnątrz otacza je własny woreczek; obwodowe komórki nabłonkowe mają kształt płaski, bardziéj ku środkowi położone, znacznie są większe, a formy nieprawidłowéj lub okrągłéj. Próżni w utworach gruczołowych wcale nie znajdujemy, komórki zaś, z których się składają, najzupełniéj przypominają komórki gruczołów łojowych, jakkolwiek łoju nie zawierały. Tak więc w danym przypadku mieliśmy gruczolak gruczołów łojowych, który zajął nietylko warstwę mięśnia okrężnego, lecz posunął się głębiéj jeszcze, gdyż torebka jego była zrośniętą z ochrzęstną chrząstki powieki.

4) Kaszak dolnéj powieki. M. W. 25-letnia. Obie gałki, spojówka i trzy powieki zupełnie prawidłowe. Na dolnéj lewéj powiece o 0·5 ctm. ku zewnątrz od punkcika łzowego znajduje się blady guz, trochę mniejszy od grochu, dość twardy. Chora utrzymuje, że guz powstawał stopniowo w ciągu dwóch lat. Jest on zrośnięty ze skórą i nie jest wraz z nią przesuwalny; przy odwróceniu powieki, na wewnętrznéj jéj powierzchni spostrzegamy blade miejsce w rodzaju tego, jakie napotykamy przy jęczmykach stwardniałych. Wszakże przy wycinaniu guza przekonałem się, że nie był on wcale zrośnięty ze spojówką. Badanie drobnowidowe wykazało: skóra guz pokrywająca znacznie zgrubiała, któratо zgrubiałość dotyczy zarówno naskórka, jakoteż warstwy właściwéj skóry; włosków mchu wcale u niéj nie znajdujemy, również gruczołów potowych. Bliżéj obwodowych części widzimy dwa wyrostki skóry, które kierują się w głąb i otaczają mniéj lub więcéj trzecią część obwodu torbiela. Spostrzegamy więc w tych miejscach zdwojenie skóry; wyrostki jéj dodatkowe co prawda znacznie są cieńsze. Woreczek tworzący torbiel stanowi bezpośredni ciąg dalszy warstwy właściwéj skóry. Pomiędzy wyrostkami a właściwą skórą pozostają na cięciach przestrzenie trójkątne, wypełnione przez tkankę łączną i nieliczne naczynia krwionośne, spostrzegamy tu również, na niewielu co prawda cięciach, bardzo znacznie rozwinięte gruczoły łojowe, których obecność tembardziéj zasługuje na uwagę, że włosków mchu wcale nie znaleźliśmy. Ściana kaszaka ma grubości prawie 1 mm. składa się ze zbitéj tkanki łącznéj, bardzo nieliczne komórki zawierającéj, wewnętrzną jéj powierzchnię wyściela dwuwarstwowy płaski nabłonek; zawartość w niczem się nie różni od zawartości pospolitego kaszaka. (Dok. nast.)

IV. O liszaju żrącym *(Lupus vulgaris)*.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27.)

W tych 14 przypadkach materyjał uzyskany przeszczepiałem na 23 królików i na jedną świnkę morską. Do przeszczepiań używałem dlatego królików, iż one są znacznie odporniejsze przeciwko gruźlicy, aniżeli świnki morskie; w ten bowiem sposób odpada wszelki zarzut możliwego zakażenia od zewnątrz. Z tych pięć zginęło na ostrą *peritonitis;* pozostało zatem 18, a względnie 19 zwierząt żyjących. Na 19 zwierząt u 4 po przeszczepieniu szczątków liszaja żrącego można było wywołać gruźlicę, t. j. w 21·05%; odnosząc zaś do ilości chorych, z których otrzymywałem szczupły materyjał do przeszczepiania, to w 28·5%, t. j. na 100 chorych dotkniętych procesem liszaja żrącego mogłem stwierdzić drogą eksperymentalną pośród tegoż utkania patologicznego w 28·5 przypadkach charakter gruźliczy.

Czas, w jakim gruźlica występowała u zwierzęcia po przeszczepieniu, był różny. W przypadku Nr. 1 gruźlica u świnki morskiéj pojawiła się po 5 tygodniach; w przypadku Nr. 2 u królika po 4 miesiącach; w przypadku Nr. 7-ym u królika po roku, a w przypadku Nr. 11 po upływie 4-ech miesięcy. Zmiany gruźlicze nie okazywały znaczniejszego nasilenia; najdawniejsze znajdowały się w zakresie gruczołów krezkowych i objawiały się obecnością sera patologicznego; w innych narządach okazywały charakter zmian świeżych, więcéj prosówkowych. Pośród ognisk rozmiękających liczba prątków była bardzo skąpa lub ich wykazać nie można było. I tak w przypadku Nr. 7-ym na 30 preparatów zaledwie w jednym znajdowały się 2 prątki, podczas gdy w przypadku 11 takowych wcale na 50 preparatów wyśledzić nie można było, choć pośród ognisk świeżych w wątrobie ilość ich była znaczną. Pośród ognisk świeżych miejscami prątki były obfite, jak w przypadku Nr. 2.

Przeszczepiania szczątków utkania w liszaju żrącym do przodkowéj komórki gałki ocznéj i na wewnętrzną powierzchnię ucha nie doprowadzały do celu; gałka oczna uległa zanikowi skutkiem zropienia, a na uchu po 10 dniach wszelki ślad zanikał.

Wogóle z doświadczeń moich wynika, iż proces liszaja żrącego wywołany jest obecnością tego samego jadu co i proces gruźliczy; jad ten tylko bardzo skąpo jest rozłożony pośród utkania liszaja żrącego; siła jego mniejsza.

III.

Stósunek liszaja żrącego do gruźlicy.

Wielu klinicystów, a poniekąd i anatomów patologicznych zaprzecza, aby istniał jakikolwiek związek pomiędzy liszajem żrącym a gruźlicą. Dość wspomnieć o Vidalu, Kaposim, Schwimmerze i t. d. z jednéj strony, a Virchowie i Baumgartenie z drugiéj strony. Klinicyści, jak to nadmienia Besnier [1]), który sam mówiąc nawiasem oświadcza się za przyrodą gruźliczą liszaja żrącego, opierają swe twierdzenie na tem, iż

1) inne jest wejrzenie liszaja żrącego, a inne gruźlicy skóry,

2) związek między liszajem żrącym a gruźlicą innych narządów, zwłaszcza płuc, nie jest dokładnie wyświecony,

3) wyniki badania histologicznego i doświadczalnego nie są jednakie, zgodne. Vidal [2]), Bazin, Jarisch, Kaposi, Colomiatti [3]) nie identyfikują gruźlicy skóry z liszajem żrącym ze względu na przebieg kliniczny długotrwały. Campbell [4]) zaś dlatego, że bardzo rzadko do liszaja żrącego pomimo długiego bardzo trwania takowego dołącza się w następstwie gruźlica płuc.

Gamberini [5]) stanowczo sprzeciwia się identyfikowaniu liszaja żrącego z gruźlicą skóry. Według niego 1) obecność prątków gruźliczych w liszaju żrącym niczego nie dowodzi, boć tu ich jest bardzo mało, podczas gdy w gruźlicy skóry ilość ich jest znaczna; 2) doświadczenia na zwierzętach nie mogą mieć analogii u człowieka; 3) liszaj żrący przeszczepiony na królika wywołuje gruźlicę ogólną, a nie liszaj żrący; co świadczy, iż tamże przypadkowo przy przeszczepianiu dostał się prątek gruźliczy.

Do obozu przeciwników identyfikowania liszaja żrącego z gruźlicą skóry należy i Baumgarten. Według niego różnica pomiędzy obydwoma temi procesami polega głównie na tem, że 1) w liszaju żrącym nigdy nie przychodzi do zserowacenia, lecz owszem tkanka liszaja żrącego okazuje zawsze zdolność i skłonność do zabliźniania się, podczas gdy w gruźlicy zawsze wytwarza się zserowacenie; 2) *lupus* częstokroć bezpośrednio ropieje, nigdy zaś gruźlica. Ta kwestyja zserowacenia odgrywa według Baumgartena tak ważną rolę w odróżnianiu obydwóch procesów patologicznych, iż według niego nie można nigdy mówić o liszaju żrącym, skoro przychodzi na skórze do wytwarzania się ognisk serowatych; zapatrywanie, na które Thoma i Volkmann bezwzględnie się nie zgadzają. Baumgarten opiera swe zapatrywanie na ujemnych wynikach przeszczepienia szczątków liszaja żrącego, ze względu na wywołanie pośród zwierząt gruźlicy, dokonywane przez Cohnheima. Według Baumgartena komórki olbrzymie nie cechują procesu gruźliczego, boć je i sztucznie udało się wytworzyć przez wkładanie ciał obcych do jamy otrzewnowéj.

Schwimmer [1]) w ostatnich czasach również zaznaczył ostrą granicę pomiędzy liszajem żrącym, a gruźlicą skóry a to:

1) Gruźlica skóry występuje bardzo rzadko, liszaj zaś żrący bardzo często (5:90). Rozwój i przebieg liszaja żrącego jest zupełnie inny jak gruźlicy skórnéj. W gruźlicy skórnéj przychodzi do szybkiego rozpadu nacieku, liszaj zaś żrący charakteryzuje się powolnym przebiegiem, nieraz kilkuletnim bez rozpadu pojedynczych guzków.

2) Gruźlica skóry pojawia się w następstwie gruźlicy błon śluzowych; przeciwnie liszaj żrący, który najpierw występuje na skórze, a potem dopiero przenosi się na błony śluzowe. Według niego na 100 przypadków gruźlicy skóry w 98% pierwotnie zajęta jest błona śluzowa, a w 2% nie. Schwimmer też uważa przypadki przez Vidala (*Scrophulose u. Tuberculose*, S. A. 1881) i Hanota (*Prager med. Wochensch.* 51—52) opisane, gdzie w pierwszym przypadku zmiany pierwotne gruźlicze na skórze klatki piersiowéj, a w drugim w okolicy stawu nadgarstkowego się lokalizowały, za rzadkość. Wrzody gruźlicze nigdy nie zabliźniają się, a liszaja żrącego zawsze.

3) Rozmaity wpływ liszaja żrącego i gruźlicy skóry na ustrój. Liszaj żrący występuje jako cierpienie lokalne skóry, a nie choroba konstytucyjonalna, a nawet trudno odpowiedzieć stanowczo na podstawie dokonanych przeszczepień, czy liszaj żrący może wywołać gruźlicę. Gruźlica zaś skóry i błon śluzowych jest zawsze wyrazem cierpienia konstytucyjonalnego, dołącza się zawsze do zarodków gruźlicy, lub jest następstwem, mającego się następowo rozwinąć ogólnego schorzenia. Do liszaja żrącego może następowo dołączyć się gruźlica organów wewnętrznych, lecz trudno twierdzić, aby liszaj żrący następowo jako taki mógł wywołać gruźlicę.

4) Inny jest stosunek liczbowy prątków w liszaju żrącym, a w gruźlicy. Prątki w trądzie i gruźlicy są te same (?!) a jednak procesy chorobowe odmienne, nie te same. Inokulacyja nie ma znaczenia, bo przez liszaj żrący nikt nie wywołał liszaja żrącego, jak i nikt przez zaszczepienie tkanki gruźliczéj nie wywołał liszaja żrącego.

Wszelkie powyżéj przytoczone zarzuty, które rozdzielają

---

[1]) *Lupus u. seine Behandlung. Vierteljsch. f. Syph. u. Derm.* r. 1885 p. 336. — [2]) Leloir. *Ueber die Natur des Lupus vulgaris, Viertljahrsch. f. Syphil. u. Dermat.*, p. 303, r. 1884. — [3]) *Centralblatt f. d. med. Wochsch.*, 1876. — [4]) Dr. Campbell u. Dr. A. Harries. *Lupus, eine pathologisch anatomische Untersuchung, seine Aetiologie, Entwickelung u. Behandlung. Monatshefte f. pract. Derm.*, p. 433, r. 1888. — [5]) *Ist der Lupus eine Form der Tuberculose? Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* p. 607, r 1885.

[1]) *Tuberculose der Haut und Schleimhäute, nach einem Vortrage, gehalten auf der Naturforscher-Versammlung in Berlin. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.*, Nr. 31, r. 1887.

pojęcie liszaja żrącego i gruźlicy skóry od siebie, nie mogą zdaniem mojem przy dzisiejszym stanie nauki wytrzymać krytyki. Przemawiają za tem z jednéj strony budowa histologiczna, z drugiéj strony wynik doświadczeń na zwierzętach i obecność prątków w utkaniu liszaja żrącego. Już sama budowa utkania liszaja żrącego zbliżona jest bardzo do tak zwanego przyblonkowatego gruzełka gruźliczego według pojęcia Langhansa, Schüppela i Baumgartena, a utkanie liszaja żrącego od gruźlicy typowéj właściwie tylko różni się, jakto badania Baumgartena, a wreszcie i moje wykazały, obfitością naczyń krwionośnych świeżo wytworzonych czyli nadmiernem unaczynieniem. Pośród utkania liszaja żrącego znajdują się również i prątki, zachowujące się tak samo jak prątki gruźlicze ze względu na postać, własności barwienia i hodowle; są one tylko bardzo skąpe tak, iż trzeba znaczną liczbę preparatów przepatrzeć, aby w nich jeden lub dwa prątki odnaleźć. Okoliczność ta zupełnie jest nam w stanie wytłumaczyć to znaczne unaczynienie i brak ognisk serowatych pośród utkania liszaja żrącego; pozostaje to bowiem w ścisłym związku z ilością jadu. Jad bowiem gruźlicy, w odpowiedniéj sile zadziaławszy, nietylko zadraźni komórki tkanki łącznéj preegsystującéj i pobudzi je do proliferacyi, bujania, ale szerząc się drogą naczyń działa i na ściany takowych i wywołuje pośród nich obliteracyję, zarośnięcie. Dzięki téj obliteracyi przychodzi w nacieku gruźliczym do obumarcia, do nekrozy koagulacyjnéj. W liszaju żrącym wpływ prątka gruźliczego za mało doraźny, aby mógł wywołać nekrozę koagulacyjną; ta skąpa ilość prątków zaledwie zdoła podrażnić komórki tkanki łącznéj, zadziałać poniekąd i na ściany naczyń, ale obliteracyi ich wywołać nie zdoła. Co najwięcéj obecność prątka pośród komórki, a raczéj tworu olbrzymiego, wywołuje tamże częściową koagulacyję pierwoszcza.

I dodatnie wyniki przeszczepienia szczątków utkania liszaja żrącego na zwierzęta ze względu na wywołanie pośród nich gruźlicy przemawiają za przyrodą gruźliczą takowego.

W przypadkach ujemnych, wobec skąpego rozmieszczenia prątków pośród utkania liszaja żrącego, należy przypuścić z wszelkiem prawdopodobieństwem, że w cząstce do przeszczepienia zużytéj właśnie takowych nie było. Dowodzi tego pomiędzy innemi i mój przypadek Nr. 2, gdzie cząstka jedna przeszczepiona na królika wywołała pośród niego gruźlicę po 4 miesiącach, podczas gdy dwie inne przeszczepione na inne dwa króliki dały wynik ujemny w doświadczeniu, jak i Nr. 8, gdzie w preparatach można było wykazać prątek, a dwa doświadczenia z tym samym materyjałem uskutecznione wypadały ujemnie. Podobne wyniki otrzymał i Cornil [1]) i Leloir, którzy po przeszczepieniu szczątków liszaja żrącego, pomimo, iż pośród nich prątków wykazać nie mogli, wywołali u zwierząt w dwóch szeregach gruźlicę.

(Dokończenie nastąpi).

V. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Nowe wskazanie do operacyi Wladimirowa-Mikulicza i kilka przypadków operowanych tą metodą.

Podał
Dr. Gabryszewski,
II. asystent tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 27).

Przypuszczać należy, że u Sordiny powodem zgorzeli było nacięcie tętnicy, o którem albo nie wspomniał, albo go nie zauważył; faktem zaś jest niezaprzeczonym, że we wszystkich przypadkach odżywienie stopy jest zupełnie dobre, krążenie zwykle rychło się wyrównywa, a mimo przecięcia *nervi tibialis* nigdy zmian troficznych nie zauważono. Nawet czucie pozostaje prawidłowem, lub tylko w małym stopniu upośledzonem, co stwierdziłem w naszych ostatnich przypadkach, gdzie tylko raz zauważyłem lekkie znieczulenie po zewnętrznéj stronie podeszwy stopy. Zgadza się to zupełnie z doświadczeniami Bauerhahna, który nie widział żadnych zaburzeń nerwowych na stopie (następowo amputowanéj) mimo, że z przecięcia *n. tibialis*, ani *nervus plantaris externus*, ani *internus* się nie zrósł. Zdaje się, że tu rozgałęzienie pozostałych nerwów obejmuje zastępczo czynność za nerwy przecięte, podobnie jak *arteria dorsalis pedis* obejmuje całe krążenie w stopie; wobec tego zalecone przez Rosera zszywanie przeciętych nerwów jest niepotrzebne i zbyteczne, bo utrudnia bez celu i przedłuża operacyję. Rozległe obumarcie skóry podeszwy w przypadku siódmym odnieść należy już to do ropienia, już to do odgniecenia wywołanego długo leżącym i stwardniałym opatrunkiem. Na okoliczność ostatnią warto zwrócić nawiasowo uwagę, bo podobne przypadki od czasu zakładania stałych opatrunków po resekcyjach kilkakrotnie nam się wydarzały i wywołały następowo modyfikacyję takiego postępowania. Po zrobieniu n. p. resekcyi kolana i zeszyciu rany zakładał się opatrunek, który leżał sześć tygodni, poczem zdejmowało się go, nakładało po krótkim czasie tutor i chory wychodził z kliniki. Prawda, że jest to postępowanie bardzo proste i racyjonalne, ale pomijając, że na kolanie daleko łatwiéj i nogę ustalić i dobry opatrunek założyć, mimo tego mieliśmy przypadki na mniejszéj lub większéj przestrzeni nekrozy płatu skórnego, skutkiem odgniecenia przez krwią nasiąkniętą i zeschniętą warstwę opatrującéj gazy i waty, która jak żelazna obręcz opasywała resekowane kolano.

Dziś zdejmujemy po tygodniu opatrunek, stwierdzamy primę, wyjmujemy szwy (jeśli były jedwabne), a następnie założony opatrunek może leżeć bez szkody przez czas dowolny.

Co do tętnicy, to ta ulega wprawdzie zagięciu i skręceniu, szczególnie przy mocno wypukłym mostku przednim skóry, jak to na swych następowo amputowanych stopach wykazał Bauerhahn, ale spełnia swe zadanie odżywienia stopy bez zarzutu zazwyczaj.

Wobec takiego przeświadczenia śmiało wykonywać można resekcyję osteoplastyczną, bez obawy przed obumarciem stopy.

Wiadomo również, że nikt dotąd skutkiem operacyi bezpośrednio po niéj nie utracił życia, zato padły dwa przypadki następowo jako ofiary gruźlicy. Przed takiem rozwiązaniem nie ochroni zarówno Wladimirow-Mikulicz, jak żadna inna resekcyja, skutkiem czego sam Mikulicz postawił ogólną gruźlicę jako przeciwwskazanie dla swéj operacyi. My nie mając w naszych przypadkach nawrotu miejscowéj gruźlicy, nie utraciliśmy też nikogo na ogólną.

Gdyśmy jednak doszli do nieco więcéj oddalonych, pośrednich rezultatów danéj operacyi, należy się nam zastanowić nad ostatecznemi wynikami funkcyjonalnemi operacyi Wladimirowa-Mikulicza. Nad zaletami żywego szczudła unosił się już w pierwszéj swéj pracy Fischer, podnosząc przedewszystkiem wielką przestrzeń oparcia i elastyczności podpory. Zesas nazwał wyniki funkcyjonalne po resekcyi stopy doskonałemi (*die erfreulichsten funktionellen Resultate*), również wyraża się o nich Bauerhahn z entuzyjazmem,

[1]) *Berlin. klin. Wochsch.*, Nr. 19, r. 1883.

o czem wreszcie już poprzednio wspomnieliśmy, wreszcie podobnego zdania jest i Butz; sama zresztą statystyka daje o tem najlepsze pojęcie.

Butz zestawia i dzieli w ten sposób wyniki po operacyi Władimirowa-Mikulicza z powodu *caries pedis* wykonanéj:

Na 26 przypadków operowanych miało 11 dobry wynik (chodzić mogli bez protezy), 7 wynik wystarczający (chodzili z protezą), reszta przypada na wspomniane już recydywy z następową amputacyją itp.

Słusznie przytem podnosi Butz, że ci wszyscy, którzy swe żywe szczudło z pewnością wyżéj cenią, niż najlepszą protezę, byliby bez téj operacyi skazani na amputacyję podudzia.

Co do ostatecznych wyników funkcyjonalnych naszych operowanych starałem się zebrać ile możności dokładne wiadomości i prócz jednego mam je o wszystkich. Udowodniłem je w podanych historyjach chorób. Wynik był wszędzie dobry — ale wszędzie prawie chód bez protezy był nieco utrudnionym. Tak świetnym wynikiem, jak miał Lauenstein (murarz który po operacyi chodził bez protezy po drabinie jak dawniej), prócz chyba w pierwszym przypadku nie możemy się poszczycić, ale prawie wszyscy nasi chorzy chodzili dobrze, choć lepiéj i chętniej chodzili w odpowiednim trzewiku. Wyniki zatem funkcyjonalne były i w naszych przypadkach zupełnie zadawalniające

Przy tej sposobności wypada mi wspomnieć o rzeczy, przy której rozminęły się zapatrywania niektórych autorów, a na którą większość nie zwróciła uwagi. Bauerhahn w swej pracy bardzo starannie przyznać trzeba obrobionej, wspomina, że ruchomość w stawie Lisfranka, jaka się następowo chętnie wytwarza, upośledza chód, a pewna stałość, niepodatność tego stawu uważa za niezbędny warunek dobrego chodzenia. Fischer natomiast nazywa to mądrem urządzeniem natury, że w razie ankilozy jednego stawu drugi obejmuje za niego funkcyję, że wobec stałego zrostu resekowanego stawu skokowego wyrabia się większa ruchomość w stawie Lisfranka, co nadaje nodze pewną elastyczność i korzystnie wpływa na chód. Takie zdanie wygłasza także Butz. Nie mogłem stwierdzić na pewno zwiększonej ruchomości stawu Lisfranka w naszem 1 przypadku, gdzie chód był przecie doskonały, sądzę jednakże, że, o ile pewna ruchomość w tym stawie może się przyczynić do wydoskonalenia chodu chorego, to zbytnia ruchomość może go i upośledzić. Toteż u dzieci zdaje mi się lepiej by było starać się przez dłuższy czas staw ten raczej ochraniać niż go nadużywać i nadmiernie rozruszać.

Zresztą zrost kostny w resekowanéj przestrzeni nie jest zawsze tak stałym i pewnym. Już Haberern uważał za stosowne celem dokładniejszego połączenia i ustalenia kości zalecić szew kostny. Sklifassowski i Fischer zastosowali go, chociaż ten ostatni uważa szew kostny za zbędny, przyznając jednak, że może się on przyczynić do rychlejszego zrośnięcia przez lepsze ustalenie przystosowanych kości. Sklifassowski użył jedwabiu, Fischer katgutu; w naszych przypadkach użyto szwu kostnego dwa razy i to raz katgutu chromowego, raz zwykłego, szczególniéjszéj jednak korzyści nie zauważyliśmy. Najważniejszym warunkiem rychłego zrostu kości jest dokładne przystosowanie odłamków, ale to można osiągnąć bez szwu kostnego przez założenie dobrego opatrunku szynowego i ustawienie reszty stopy dokładnie w przedłużeniu podudzia, na co już Mikulicz zwraca uwagę. Gdy nie ma się odpowiedniéj wprawy i pomocy, szew kostny należy uważać za pomocny. Mimo jednak dobrze założonéj szyny i szwu kostnego czasem zrost kostny między nadstopiem a kośćmi podudzia nie konsoliduje się odpowiednio, a przynajmniéj kostnienie postępuje bardzo wolno. Tak się rzecz miała w przypadku Niehansa, który założył choremu opatrunek ustalający ze szkła wodnego i polecił mu chodzić, aby przez drażnienie wywołać zrost. Lauenstein radzi jeszcze na opatrunek antyseptyczny zakładać gips (to samo skłoniło Habererna, że zalecał szew kostny), Bauerhahn wreszcie (opisując również podobny przypadek leniwego zrostu kostnego operowany przez Rosego) zaleca o ile możności odpiłowywać kości podudzia tam jeszcze, gdzie one są z sobą w związku, przez co rozporządza się przestrzenią i większą i jedną, zdanie, które wypowiedział już przedtem Lauenstein. W naszych przypadkach zrost kostny wytwarzał się prawie wszędzie normalnie, była wprawdzie czasem dążność do zboczeń stopy od osi podudzia, ale to się zwykle dało przez odpowiednio założoną szynę lub opatrunek gipsowy usunąć. Zwykle dość wczas pozwalało się chorym w szynie lub gipsie chodzić, co sądzę bardzo dobrze wpływało na rychłe i dzielne skonsolidowanie kostniny. Nasz przypadek siódmy poucza nas jednak, jak długo jeszcze zrost ten na pozór stały i silny jest niepewnym, tu bowiem już silniejsze oparcie się przy potknięciu na operowanéj nodze wywołało zupełne przełamanie w miejscu zrośnięcia stopy i podudzia.

Prawda, że w przypadku tym rana nie zgoiła się przez rychłozrost, lecz była na stopie rozległa blizna; w każdym razie świadczy to wymownie o nietrwałości kostnego zrostu jeszcze po sześciu miesiącach. Zdaje nam się, że po wygojeniu rany opatrunek gipsowy celem stawiania pierwszych kroków i zaleceniu chodzenia najdzielniéj poprze sprawę skonsolidowania zrostu kostnego, a przestrzeganie, aby chory dłuższy czas chodził tylko w ustalającym trzewiku, zabezpieczy przed podobnemi przypadkami, które w bardzo przykry sposób wikłają leczenie.

Co do szwu płytkowego, to okazał się on zbytecznym. Już w pierwszym przez Mikulicza ogłoszonym przypadku złączony mostek po wyjęciu szwów miał dążność do rozwinięcia się, to też Lauenstein, a potem Roser i Fischer porzucili go, a i w naszych pięciu ostatnich przypadkach już go nie użyto, oczywista przy resekcyi osteoplastycznéj celem przedłużenia kończyny, gdzie mostek przedni skóry raczéj napina się, niż fałduje, nie ma o nim mowy. Przecięcie ścięgien fleksorów także zwykle jest zbędnem; wprawdzie Rose twierdzi, że czasem bez tenotomii zredresowanie palców jest niemożebne, ale w takim przypadku pomijając, że należy on do rzadkości, można zredresowanie palców przeprowadzić zwolna na kilka zawodów. Butz radzi zasadniczo tak postępować, przez co uniknie się tak nieprzyjemnego doświadczenia, jakie miał Fenger, któremu przy gwałtownem redresowaniu palców stopy złamał się u chorego halux i pękła blizna na podeszwie. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności w podanych dziewięciu przypadkach mimo, że redresowano zawsze odrazu, z takim oporem, któryby w podobnie energiczny sposób przezwyciężać trzeba, nie spotkano się nigdy.

Literatura: Mikulicz: Eine neue osteopl. Resectionsmethode am Fusse. Archiv f. klin. Chirurgie 1881. II. zeszyt. (j. w.). — Mikulicz: Centra blatt f. Chirurgie 1884. — Lauenstein: Centralblatt f. Chir. 1884 I. — Schattauer: Centralblatt f. Chirurgie 1885. — Reussen: Centralblatt f. Chirurgie 1885. — Haberern: Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chir. 1184. — G. Fischer: Zur osteopl. Resection des Fusses nach Wlad.-Mikulicz. Dentsche Zeitschrift f. Chir. 1885. I i II zeszyt (j. w.). — J. Mikulicz: Zur Prio-

ritätsfrage der osteopl. Resection am Fusse. Archiv f. klin. Chirurgie 1886. I zeszyt (j. w.). — Sordina: Centralblatt f. Chirurgie 1886, 3. — Zesas: Zur Casuistik der osteopl. Fussresection nach Wlad.-Mikulicz Archiv f. klin. Chir. 1886. III zeszyt. — Bauerhahn: Beiträge z. Würdigung d. Resectio pedis osteopl. n. Wladimir.-Mikulicz. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1888. 5 i 6 zeszyt. — Fischer: Deutsche Zeitschrift f. Chirur. 1889. 5 i 6 zeszyt str. 606. — Butz: Centralblatt f. Chirurgie 1889, Nr. 15.

VI. Oceny i sprawozdania.

Therapeutisches Handlexicon für Aertze und Studirende *von* Dr. Th. Zerner jun. *Durchgesehen u. m. einem Vorworte einbegleitet von* Dr. H. Paschkis, Docent a. d. Wien. Univ. Wien 1890, M. Perles, in 8-vo VII i 456 str.

Można spierać się pod względem użyteczności podręczników leczniczych, przyznaje to w przedmowie doc. Paschkis, ale nie ulega zaprzeczeniu, że one są pożądane dla praktyków, skoro tak często się ukazują i pokup znajdują. Podręcznik Zernera zaleca się już świeżością swoją, a chociaż od poprzedników swoich nie wyróżnia się układem przyjętym abecadłowym według poszczególnych chorób, to ma jednak tę zaletę, że uwzględnia wszystkie nowsze sposoby leczenia, jak elektrycznością, masażem, hydroterapiją, hypnozą i dyjetetyką, a liczne (343) artykuły zaopatrzone są 2677 formułkami recept po największéj części prostych i krótkich, opatrzonych cyframi bieżącemi tak, że nie zachodzi potrzeba powtarzania się, bo wystarcza odsyłanie do odnośnéj cyfry. Niektóre artykuły jak np. o leczeniu ran, są wcale wyczerpujące, choć krótkie, a w końcu umieszczono dwa dodatki, a mianowicie „przepisy dyjetetyczne“ i „dawki maksymalne“ według 7-go wydania farmakopei austr. Jeżeli jeszcze dodamy, że pomimo abecadłowego układu książka opatrzona jest nadto w podwójny rejestr: chorób i leków, ułatwiający pogląd i odszukanie przedmiotu, to przyznać należy, że autor wywiązał się należycie z zadania swego i że książka jego, któréj cena jest wcale przystępną (3 złr. 20 ct.), a która i pod względem zewnętrznym odpowiada wszelkim wymogom i czyni zaszczyt nakładcy p. Perlesowi, u lekarzy praktycznych znajdzie zasłużone uznanie. *L. B.*

Fizyjologija.

Dr. Kromayer (Halla): **Dlaczego nasza skóra jest białą?**

Dotychczasowa odpowiedź na to pytanie brzmiała: Komórki przyskórka nie posiadają barwika. Jest tu jednak odpowiedź negatywna, a zatem nie wystarczająca, bo dlaczego wargi są czerwone, a skóra z niemi sąsiadująca białą? Tłomaczenie Unny brzmi: przyskórek warg nie posiada *stratum granulosum*, którego komórki promienie światła silnie odbijają. *Stratum granulosum* jest jak wiadomo pierwszą warstwą *rete Malpighi*. Teoretycznego tego tłomaczenia Unny do dziś dnia nikt nie odważył się naruszyć. Czyni to obecnie Kromayer. Badanie mikroskopowe nie stwierdza zdania Unny, przeciwnie wykazuje, że komórki *stratum granulosum* światła nie tylko nie odbijają, ale je nawet znakomicie przepuszczają, a zatem że są przeźroczyste. *Condylomata accuminata* i *naevi vasculosi* posiadają nawet grubą warstwę ziarninową, a mimo to są barwy czerwonéj. To drugi dowód zbijający twierdzenie Unny. Skóra zatem nasza jest tak samo przeźroczystą, jak błona śluzowa warg. Przyskórek a raczéj przybłonek warg jest więcéj jednostajnie w cienkiéj warstwie ułożony, prócz tego warstwa brodawkowa jest na wargach w krew więcéj obfitą, aniżeli ta sama warstwa w zwykłéj naszéj skórze i dlatego warstwa ta czerwona przez gładszy i cienki przybłonek czerwono prześwieca. Przyskórek zwykłéj skóry jest więcéj blaszkowato ułożony i gruby, dlatego wygląda jak szkło matowe, a warstwa brodawkowa jest skąpą w krew. Tło więc pod przyskórkiem jest blado różowe, dlatego skóra wydaje się białą. Ale i warstwa brodawkowa jest przeźroczystą, a zaraz pod nią jest warstwa tłuszczu. Komórki tłuszczowe, jak wiadomo, silnie promienie światła częściowo załamują, częściowo odbijają. Tłuszcz więc także bardzo wiele przyczynia się do białości skóry. Im osoba tłuściejsza, tem ma bielszą skórę. Dlatego kobiety bielsze od mężczyzn, dlatego też i pulchna ich pierś, jak chcą poeci, „alabastrową jest białości.“ (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 25).

Farmakologija.

Dr. Artur Loebl (Wiedeń-Dorna): **Sól i ług borowinowy Mattoniego i kąpiele borowinowe mineralne.**

Nie małą jest to zasługą Mattoniego, iż wpadł na pomysł wyrabiania swoich przetworów borowinowych; umożliwił on bowiem leczenie borowiną i w miesiącach zimniejszych, a tem samem przedłużył sposób leczenia, który tylko wśród tak krótkiego letniego sezonu można było przeprowadzać. Borowina stała się także przystępnym lekiem dla mniéj zamożnych lub takich, którym zatrudnienie nie pozwala spędzać kilku tygodni w miejscowościach kąpielowych.

Wielu chemików, a między innymi i Ludwig, stwierdzili rozbiorem chemicznym znakomitą ilość składników skutecznych w borowinie Mattoniego zawartych, mimo to jednak niektórzy specyjalni lekarze kąpielowi nie oceniają należycie kąpieli z niéj przyrządzonéj, stawiając ją znacznie niżéj od naturalnéj. Twierdzą bowiem, że brak saméj ziemi obniża ciśnienie na powierzchnię ciała wywierane, jako też zmienia warunki termiczne kąpieli. Heitzmann polecił wsypywanie do wanny zwykłéj czarnéj ziemi i tym sposobem kwestyję rozstrzygnął, mimo to autor przedsięwziął szereg doświadczeń na kilku chorych, stosując po porządku kąpiele borowinowe mineralne i kąpiele z ługu i soli Mattoniego przyrządzone, a wyniki ogłasza w swéj obszernéj z całą ścisłością napisanéj pracy.

Mechaniczne, termiczne i chemiczne wpływy każdéj kąpieli mineralnéj działają w pierwszéj linii na skórę, a mianowicie zakończenia nerwów w niéj umieszczonych. Zadrażnienie to drogą odruchu wpływa na akcyję serca, a zatem na całe krążenie zmieniając jego szybkość, jako też wpływając na parcie ościenne w naczyniach. Dlatego autor w swych doświadczeniach szczególniéjszą zwraca uwagę na serce i tętno, a parcie mierzy sfigmomanometrem Bascha. Ażeby otrzymać wyniki jak najściślejsze, każe chorym odpoczywać przed i po kąpieli.

Kąpiele przyrządzane z ługu i soli borowinowéj Mattoniego obniżały już po kilku kąpielach parcie ościenne o 10 do 20 Mm Hg, przyczem tętno także zwalniało. Obniżenie parcia ościennego wytłomaczyć sobie musimy przekrwieniem skóry, po kąpieli występującem. Naczynia włosowate skórne rozszerzając się więcéj przyjmują krew, skutkiem czego w tętnicach ilość jéj zmniejsza się. Po mineralnéj zwykłéj kąpieli borowinowéj nie mógł autor skonstatować tych samych wyników, owszem znalazł pewną tendencyję do powiększania się tak parcia, jak i ilości uderzeń tętna. W jednym przypadku niedomykalności zastawki dwukończystéj kąpiel z ługu przygotowana parcie podwyższyła, ale ilość tętna mimo to obniżyła, co jest dowodem jędrniejszéj akcyi serca. Kąpiel więc tu wpływała skrzepiająco na mięsień sercowy. Znaczny wpływ, jaki kąpiele te wywierają na ogólne stosunki krążenia, tłomaczy nam znakomitą ich siłę resorbcyjną. Wszelkiego rodzaju więc wysięki i pozostałości pozapalne nadają się też w pierwszéj linii do leczenia borowinowego. W dalszym ciągu zbija autor uczyniony zarzut, jakoby kąpiel naturalna borowinowa przez swą zbitość wywierała taki sam wpływ, jak mięsienie. Najpierw różnica ciśnienia kąpieli sztucznéj i naturalnéj jest bardzo małą, powtóre nie można jéj żadną miarą porównywać z mięsieniem. Ciśnienie w kąpieli borowinowéj mineralnéj jest jednostajne i niezmienne, gdy tymczasem przy mięsieniu mamy ciśnienia jedno po drugiem szybko postępujące, w pewnym kierunku idące i zwolnieniami przeplatane. W ten przecie tylko sposób mięsienie przyczynia się do prędszego krążenia limfy. W kąpielach Mattoniego sole wszystkie dokładnie w wodzie zostają rozpuszczone, a zatem i silniejsze będzie ich działanie, niż w naturalnych, bo w miazdze ziemnéj sole rozpuszczają się trudniéj i dłuższego na to potrzebują czasu. Z doświadczeń więc Dra L. przekonywamy się dostatecznie, iż ług i sól Mattoniego w kąpielach używane nie tylko dorównywają kąpielom naturalnym, ale często je nawet w działaniu przewyższają. (Odbitka z *Wien. med. Presse* 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

E. Bergmann: O gruźlicy w stawie między kręgiem pierwszym a potylicą.

(Dok. Patrz Nr. 27).

Przy powolnie powstających zaciśnieniach światła kanału kręgowego a nawet nagłych, przy urazach, mamy pewne podobieństwo, bo i tu i tam możemy nie mieć zmiażdżenia, mimo dających się wykazać porażeń, bo i tu i tam możemy mieć porażenia ze zmianami i bez zmian anatomicznych. Jak sobie to właściwie tłomaczyć, że mimo braku jakichkolwiek zmian anatomicznych porażenne objawy istnieć mogą? Ollivier i Louis tłumaczyli to jako sprawę często mechaniczną a więc uciskową, a w ślad za nimi szedł cały zastęp chirurgów, którzy sądzili, że jedynym środkiem leczniczym w malum Potti może być otwarcie kanału kręgowego, aby uwolnić rdzeń z pod ucisku. Charcot a za nim Michaud uważają to za zapalenie rdzenia, nie wiadomo jednak, czy zapalenie wywołane zostało przez ucisk, czy odwrotnie. Nader pouczający przypadek podaje prof. Adamkiewicz, gdzie nowotwór zajmował prawie połowę objętości rdzenia, nie dając za życia żadnych objawów. Drobnowidowe badanie wykazało, że włókna osiowe są cieńsze tylko, a nie można dostrzedz w nich żadnego zwyrodnienia, ścieśnienie więc być tu musiało, na koszt substancyi, płynnéj w rdzeniu będącej, a mimo to włókna nie straciły swojej własności przewodzenia. Köhler i Strümpell robili doświadczenia, nastrzykując wosk do rdzenia i doszli do przekonania, że limfa zostaje wyciśniętą, to przecież dla włókien nerwowych obojętném być nie może. Schmaus na podstawie rozlicznych doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych twierdzi, że ostateczną przyczyną tych tak bez reguły w gruźlicy kręgów szyjnych występujących porażeń, jest obrzęk wywołany zapaleniem, który zwiększając się i zmniejszając, wywołuje te zmiany, jakie przy łóżku chorego spotykamy.

Jednym z ważniejszych a zarazem pierwszym objawem klinicznym jest charakterystyczne trzymanie głowy, często poprzedzane zboczeniami w postaci klonicznych drgawek orbicularis palpebrae, nystagmus, nierówność źrenic należą także do rzadkości. W przypadku Bergmanna, po założeniu naciągającego opatrunku Glistana, objawy te znikały. Doświadczalnie Duret wykazał to na psach, gdzie drażniąc zgłębnikiem okolice dolnego końca aquaeductus Silvii, zawsze wywoływał nystagmus, drażnienie zaś środkowéj części dna czwartéj komórki wywołało owe kloniczne drgawki powiek. Prócz tych objawów obserwować można ból głowy, dalej newralgie, szczególniéj w okolicy wyrostków sutkowych, bole zębów, zaburzenia połykowe przez n. podjęzykowy i zaburzenia w zakresie słuchu. Następną zmianą jest wrównanie a czasem nawet wypuklenie dołka karkowego, które częstokroć przy mięsakach wychodzących z okostnéj wystąpić może, a do rozróżnienia posłużyć może ekstensyja, która w gruźlicy zazwyczaj znosi wszelkie bole, przy nowotworach nie daje żadnéj ulgi choremu (Bidder). Dalszy obraz chorobowy zależy od ropienia, przesunięcia się kości i porażeń wskutek tego powstających. Jakto na wyżej opisanych okazach widzieć było można, to prócz dróg nadzwyczajnych, zwykle przebija do gardziela jako angina Hippocratis, albo wydostaje się pomiędzy głębokiemi mięśniami karku, i tworzy ropień poza uchem.

Co się tyczy zniszczeń, zwichnień, odłamań w samych kościach i stawach, to i tu odesłać trzeba do trzech okazów na początku wymienionych. Mogą tu zachodzić zwichnienia na bok, częściej obustronne niż jednostronne, a czém miększe i więcej spróchniałe są kości, tém większa zachodzi naturalnie obawa nagłego ucisku na rdzeń przez przemiejscowienie pojedynczych kawałków, jak wyrostka zębowego, co najczęściej bywa, lub trzonu pojedynczego kręgu. Nie należy to jednak podobne zajście do reguły a tego rodzaju przypadki, że nagle chory kończył życie przez uciśnięcie wyrostkiem zębowym, są opisane przez Sédillota i Tillaux. Częściej bywa, że powolnie kończy się cała sprawa, że chory porażony umiera wśród objawów, towarzyszących przy końcu każdéj prawie choroby rdzenia, jak odleżyn, trudności w połykaniu, chorób pęcherza i odbytnicy, a wreszcie tak często wydarzających się zapaleń płuc. W nader nielicznych przypadkach leczenie może osiągnąć cel pożądany przez założenie ekstenzyi, wypuszczenie ropy, jednak do reguły w dzisiejszych czasach, gdzie przyczyna ucisku nie jest jeszcze dokładnie zbadaną, wyzdrowienia zaliczyć nie można.

Dr. Łepkowski.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 17-te z dnia 18 grudnia 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 33.

Na wniosek komitetu uchwalili zgromadzeni co następuje:

1) Tow. lek. krakowskie wyraża prof. Domańskiemu podziękowanie za jego gorliwe zajęcie i trudy podjęte celem zaprowadzenia w Krakowie wodociągów.

2) Kol. Sroczyński przedstawił chorego z kliniki prof. Rydla z wągrem w oku, oraz objaśnił ten przypadek.

W dyskusyi przemawiali koll. Mars, Rydel, Obaliński, Wilkosz i prelegent.

3) Kol. Obaliński opowiedział przypadek operacyi w dniu 18/12 wykonanéj w szpitalu, gdzie w $\frac{1}{2}$ roku po połknięciu ości karpia odszukał ją w nacieku twardym, który wytworzył się w okolicy pomiędzy jelitem grubem zstępującem, a mięśniami wyścielającemi kość biodrową.

4) Zgromadzeni jednogłośnie obrali prof. Jakubowskiego członkiem honorowym Tow. Lekarskiego.

5) Kol. Gluziński zdaje sprawę z czynności komisyi przedwyborczéj oraz przedstawia kandydatów na urzędników Towarzystwa na rok przyszły, przez tęż komisyję Towarzystwu proponowanych. Przy głosowaniu prezesem obrany kol. Mars; wiceprezesem kol. Kohn; sekretarzem dorocznym kol. Podgórski; redaktorem „Przeglądu Lekarskiego", redaktor dotychczasowy; członkami komisyi redakcyjnéj obrani koll.: Kwaśnicki, Obaliński, Oettinger i Cybulski; delegatami do komisyi redakcyjnéj ze strony Tow. lekar. galicyjskich koll. Madurowicz i Rydel; delegatami do Tow. lek. galicyjskich koledzy lwowscy Krówczyński i Rieger; delegatem do komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Łazarski; do komisyi wreszcie skontrującéj zaprosił przewodniczący koll. Pieniążka i Schaittera.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

VIII. W sprawie lekarzy szkolnych.

Podał

Dr. A. Beck.

W czasie, kiedy umysły wszystkich żywo zajęte są sprawą robotników, kiedy rządy różnych państw roztaczają opiekę nad robotnikami, starając się polepszyć ich byt przez zmniejszenie czasu pracy, przez zabezpieczenie ich od nieszczęśliwych przypadków, zakładanie kas dla chorych, przez ustanawianie osobnych inspektorów, których zadaniem jest czuwać nad interesami tego t. zw. czwartego stanu; w czasie tym nie zajmuje się nikt losem innych robotników, których niezliczone krocie jak mrówki pracą są zajęte, a z których znaczna część zawdzięcza pracy téj powstawanie licznych chorób, zboczeń przez całe życie pozostających, a niejedni pod jéj brzemieniem ulegają. Mam na myśli naszą dziatwę szkolną. A przecież ci biedni maluczcy robotnicy, pracy umysłowéj się oddający, szczególną cieszyć się powinni opieką państwa, boć to nadzieja jego, to jego przyszli obrońcy. I jacyż to mogą być obywatele, którzy najpiękniejsze lata swojéj młodości spędzili wśród najgorszych warunków higienicznych, oddychając przez kilka godzin dziennie zatrutem, pełnem kurzu powietrzem, natężając przez cały ten czas wszystkie władze umysłowe, niszcząc wzrok, a wreszcie przeciążeni pracą zmuszeni byli poza szkołą resztę czasu poświęcić jeszcze wykonywaniu zadań, wyuczeniu się lekcyj, a zatem także oddawać się pracy umysłowéj. Nic też dziwnego, że społeczeństwo nasze karłowacieje, bo niszczeje robotnik przeciążony pracą fizyczną i niszczeje stan inteligencyi, wytężając wszystkie swe siły w pracy umysłowéj.

Zadziwiającą jest rzeczą, dlaczego kwestyja poprawienia stanu zdrowotnego naszéj młodzieży szkolnéj, a w pierwszym rzędzie zbadania, w czem złe leży, aby je skutecznie

naprawić można, u nas do niedawna prawie że nie wynurzyła się jeszcze wcale. Podczas gdy w innych państwach w ostatnich dziesiątkach lat na polu higijeny szkolnéj zrobiono bardzo wiele, u nas literalnie nic się nie dzieje, coby dążyło do poprawienia losu nieszczęśliwych młodych męczenników nowoczesnego sposobu kształcenia. Jeżeli bowiem w innych krajach nie usunięto jeszcze wszędzie wszystkich warunków wpływających szkodliwie na zdrowie młodzieży szkolnéj, to przynajmniéj zrobiono tyle, że te warunki badano, że się starano je poznać i powstały też liczne prace na sumiennie i skrzętnie przeprowadzonéj statystyce ze setek tysięcy dzieci oparte; a u nas, gdzie z braku szkół zbudowanych według zasad higijeny, z powodu szczupłéj liczby szkół w ogóle w stosunku do ilości dzieci do nich uczęszczających, wreszcie z powodu nieco odmiennego systemu nauczania, gdzie więc z tych powodów młodzież w znacznie gorszych znachodzi się warunkach niż w innych krajach, u nas prawie nikt nawet nie stara się poznać wad w ustroju szkolnym tkwiących i z założonemi rękami przypatrujemy się, jak pokolenie nasze marnieje.

To też za niezmierną zasługę poczytać musimy Towarzystwu Opieki Zdrowia, a w szczególności proff. Cybulskiemu i Jordanowi, na których wniosek Towarzystwo uchwaliło szczerze zajmować się sprawą tyczącą się zdrowia naszej młodzieży szkolnéj, a głównie przyczynić się do utworzenia instytucyi lekarzy szkolnych, których zadaniem byłoby zbadać dokładnie warunki higijeniczne, wśród których dzieci do szkół naszych uczęszczające się znajdują i podać wnioski, jakie zmiany należałoby przeprowadzić, aby te warunki na jak najlepsze przekształcić.

Instytucyja lekarzy szkolnych ma swoję historyję. Pomijając dawniejsze usiłowania bądź lekarzy, bądź innych ludzi, którym dobro dziatwy szkolnéj leżało na sercu, koło podniesienia stanu zdrowotnego szkół, wspomnę tylko o pracy Lorinsera, która przeszło pół wieku temu skłoniła rząd badeński do ustanowienia nadzoru lekarskiego nad szkołami. Od czasu Lorinsera ważna ta kwestyja nie znikała wprawdzie z widowni (rozumie się nie u nas), ale też i nie bardzo postępowała naprzód. Na wzmiankę zasługują prace: Fahrnera w r. 1865 o ławkach szkolnych, Behrenda, który radzi ustanawiać inspektorów szkolnych i Falka, który nadzór nad szkołami radzi powierzać wyłącznie lekarzom. Nadto kwestyja lekarzy szkolnych bywała często przedmiotem obrad na różnych zjazdach lekarzy i higijenistów. Konieczność wprowadzenia reform w szkołach ludowych i w średnich uznały także niektóre rządy, a między niemi i nasz rząd pod naciskiem opinii publicznéj, któréj uwagę badania lekarzy higijenistów zwróciły na niebezpieczeństwa, na jakie naraża się młodzież uczęszczająca do szkół i która też domagała się ulepszeń stosunków zdrowotnych w szkołach. To też w ostatnich czasach zwrócono i w Austryi szczególniejszą uwagę na potrzebę poprawy stosunków zdrowotnych w szkołach i tu wspomnę o rozporządzeniu Ministerstwa oświaty z r. 1885, zakazującem używania linij kratkowych, o rozporządzeniu z roku 1887, tyczącem się poprawienia druku w klasykach, o rozporządzeniu z roku 1888, odnoszącem się do budowy i urządzenia budynków dla szkół ludowych. Szczególnie podnieść należy rozporządzenie tego Ministerstwa z roku 1873, które wyłącznie poświęcone jest higijenie szkolnéj, które zawiera właściwie wszystko, czego ze stanowiska lekarskiego od szkoły wymagać można. Nawet o nadzorze lekarskim mówi to rozporządzenie: „Dla lekarzy, którzy się szczególnie zasłużyli koło podniesienia stosunków higijenicznych w szkole, może Ministerstwo oświaty oprócz odpowiedniego uznania wyznaczyć i remuneracyję ze środków państwowych.“ Całe to rozporządzenie z r. 1873 jest świetne, wyłączną wadą jego jest, że się do niego nikt nie stosuje.

(Dokończenie nastąpi.)

IX. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Chłapowski. **Gruźlica bydlęca, a rzezactwo żydowskie.**

Większa śmiertelność z powodu gruźlicy u ludności chrześcijańskiéj aniżeli u żydowskiéj, wykazywana przez lekarzy Drysdale'go, Gibbona i Loana w szpitalach i na przedmieściach Witechapel i Holborn Londynu, zamieszkałych przeważnie przez żydów, którzy przypisują ten korzystny wynik śmiertelności głównie doborowi mięsa, skłoniły autora do zastanowienia się, jaki wpływ w naszym kraju, w którym żydzi stanowią więcéj niż jedną trzecią część całéj ludności, może mieć rzezactwo na częstotliwość gruźlicy. Uważając wywody londyńskich lekarzy za przesadzone, nie godzi się on także z zapatrywaniem fizyka m. Lwowa, że wyznanie nie wywiera żadnego wpływu na śmiertelność wskutek gruźlicy, lecz owszem sądzi, że prawdopodobnie przyczyna mniejszéj śmiertelności na gruźlicę, znacznego przyrostu i długowieczności żydów, którzy zresztą żyją u nas po miasteczkach i wsiach w warunkach niehigijenicznych, leży także we wrodzonéj odporności rasy żydowskiéj przeciw chorobom zakaźnym, a tem samem i gruźlicy. Że śmiertelność szczególniéj między dziećmi chrześcijańskiemi w stosunku do żydowskich jest większą, stara się udowodnić autor, wykazując, że w księstwie poznańskiem na trzy przypadki nieżywo urodzonych dzieci wśród ludności polskiéj lub germańskiéj przypada jeden wśród żydowskiéj. Przytaczając następnie daty statystyczne całéj monarchii pruskiéj podaje, że w pierwszym roku życia umiera 25% dzieci chrześcijańskich a tylko 15% żydowskich, a od pierwszego roku życia do piątego, 36% dzieci chrześcijańskich a 25% żydowskich.

Ponieważ ze wszystkich chorób największą liczbę ofiar, bo aż połowę, zabiera gruźlica, szczególniéj w przytułkach, więzieniach i t. p., a w miastach stanowi, jak w Berlinie $^1/_7$, a we Lwowie $^1/_5$ ogólnéj śmiertelności, sądzi Dr. Chłp., że dokładna statystyka śmiertelności wskutek gruźlicy, szczególniéj u dzieci tych dwóch wyznań, mogłaby mieć wielkie znaczenie [1]). A z uwagi, że zakażenie gruźlicą nastaje zwykle u osób starszych przez drogi oddechowe, a u dzieci oprócz tego za pomocą pokarmów, jak mleka z bydląt perliczych pochodzącego, a może także i za pomocą mięsa, tem łatwiéj, że prątki gruźlicze, jak to już Wurtz i Strauss wykazali, nie giną w soku żołądkowym, należałoby także wykazać, o ile gruźlica oprócz mleka także i przez używanie mięsa perliczego wśród ludzi rozszerzać się może.

Wspominając o identyczności prątka gruźliczego i perliczego, stwierdzonéj przez Kocha, jakoteż o przeszczepialności tegoż ze skutkiem na ludzi i zwierzęta, znajduje autor słusznem, że na ostatnim międzynarodowym kongresie w Paryżu domagano się zupełnego wykluczenia z jatek nie tylko narządów gruźlicą zajętych, ale także i mięsa, pochodzącego ze zwierząt dotkniętych tą chorobą, przyznając właścicielowi odszkodowanie ze skarbu państwa. W obec bardzo często występującéj perlicy u bydła i grożącego ztąd niebezpieczeństwa ze spożywania mięsa, dziwi się autor obojętności naszéj publiczności, która kontrolę nad najważniejszym artykułem żywności oddaje przeważnie po miastach i wsiach u nas na łaskę oglądaczy nieraz z chłopów się rekrutują-

[1]) Według dat statystycznych otrzymanych od Dr. Buszka, fizyka miejskiego w Krakowie, stosunek śmiertelności z gruźlicy w ostatnich latach był następujący:

Wiek	chrześ.	żyd.
w 1 roku	1 : 62	1 : 29
„ 5 „	1 : 6	1 : 12
„ 10 „	1 : 7	1 : 16
„ 15 „	1 : 4	1 : 10
„ 20 „	1 : 2	1 : 3
„ 30 „	1 : 2	1 : 3
„ 40 „	1 : 2,3	1 : 3
„ 50 „	1 : 4	1 : 10
„ 60 „	1 : 5	1 : 5
„ 70 „	1 : 7	1 ; 9
„ 80 „	1 : 15	1 : 17.

Z powyższego zestawienia wynika, że w mieście Krakowie śmiertelność w skutek gruźlicy u dzieci żydowskich od 1—5 roku życia jest większą aniżeli u dzieci chrześcijan. Rozpowszechnione między żydami karmienie dzieci mlekiem bez wyboru, pochodzącem nieraz z obór perliczych, zdaje się wpływać na częstotliwość gruźlicy u dzieci.

cych, którzy nawet przy najlepszéj woli nie są w stanie z braku potrzebnych wiadomości odpowiedzieć swojemu zadaniu. W Niemczech pod tym względem postęp jest znaczny, albowiem oględziny, szczególniéj w miastach, bywają przez fachowych znawców ściśle przeprowadzane, którzy chronią mieszkańców od spożywania mięsa perliczego. I tak n. p. w samym Berlinie uznano w roku 1888 4300 sztuk za perlicze a w roku 1889 6127. W innych miastach, jak Zwickau w Saksonii, stanowiła perlica 22·4% a w innych 19·9%, 16% bitego bydła. W stosunku do miast niemieckich w Poznaniu, w którym trzy razy więcéj bywa bitych krów aniżeli wołów, dzieje się najgorzéj z braku publicznéj rzeźni, albowiem w r. 1887/8 skonfiskowano tamże na 4601 bitych bydląt tylko dwie krowy, a w roku 1888/9 na 4897 tylko jednę. W innych miastach ks. poznańskiego, posiadających już publiczne rzeźnie, wykazują wyniki oględzin wielką ilość zakwestyjonowanego bydła z powodu perlicy, świadczące dowodnie o wielkiem rozpowszechnieniu się tamże téj choroby, n. p. w Kościanie ze zarzniętych 518 sztuk bydła w r. 1889 zniszczono trzy całe sztuki z powodu ogólnéj perlicy a u 100 sztuk tylko pojedyncze narządy. Z Galicyi przytacza autor tylko Lwów, w którym w r. 1888 ze zabitych 13786 wołów, 2369 krów skonfiskowano [1]) 3 krowy z powodu perlicy. W obec tych opłakanych stosunków w poznańskiem z braku rzeźni i ustawicznego w nich nadzoru, sądzi autor nie bez racyi, że w tych warunkach nie można odmówić starym przepisom talmudycznym pewnéj wartości zdrowotnéj, chociaż poglądy w tych przepisach zawarte nie odpowiadają w zupełności obecnym poglądom naukowym, wykazując, że w samym Poznaniu rokrocznie 25% — 26% zabitego w rzezalni żydowskiéj bydła uznano za trefne, a z której to ogólnéj sumy odrzucono 17% z powodu zmian patologicznych spostrzeżonych na opłucny. (Dok. nast.) *Dr. Walentowicz.*

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 11 lipca. Sekcyja przygotowawcza g i n e k o l o g i c z n a VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie ukonstytuowała się 1 lipca b. r. Przewodniczącym wybrany prof. M a d u r o w i c z przez komitet gospodarczy Zjazdu, zastępcą jego docent Dr. M a r s, sekretarzami wybrano asystentów kliniki ginekologicznéj Uniw. Jag. Drów B r a u n a i C e r c h ę.

Na tem posiedzeniu postawiono nastepujące kwestyje do opracowania w formie wyczerpujących referatów na wspomniany Zjazd:

1) Postępowanie w przypadkach nieustających wymiotów u ciężarnych (*hyperemesis gravidarum*).

2) Postępowanie wobec włókniaków macicy (*fibromyomata uteri*).

3) Postępowanie w przypadkach niestosunku porodowego wyższego stopnia (*Pelvostenochoria*).

Uprasza się zatem kolegów zamiejscowych, trudniących się specyjalnie położnictwem i ginekologiją, aby w razie zobowiązania się opracowania jednego z wyż podanych referatów na Zjazd nadmieniony, zechcieli o tem listownie donieść w ciągu najbliższych dwóch miesięcy prof. M a d u r o w i c z o w i (Kraków, Bracka, 6).

Gazety lekarskie polskie zechcą odezwę tę łaskawie powtórzyć w łamach swych wydawnictw.

* **II. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.** (Rozpocznie się d. 15 b. m.). Dalsze wykłady zapowiedzieli:

29. Docent Dr. T r z e b i c k y (z Krakowa): W sprawie paracentezy jamy brzusznéj.

30. Tenże: Okazanie preparatu zgorzeli starczéj kończyny dolnéj.

31. Tenże: Okazanie opatrunków drewnianych.

* W liście ogłoszonym w *Revue gén. de Clinique et Thérap.* z dnia 25 czerwca Dr. H u c h a r d oświadcza, że nie uda się na Zjazd międzynarodowy w Berlinie z powodu, że przewodniczącym tego Zjazdu jest prof. Virchow, który w roku 1871 potwierdził zdanie psychijatry S t a r k a, jako cały naród francuski bliskim jest niedołęztwa porażennego lub pomięszania, a słów tych nie odwołał, choćby ze względu na siebie samego. Dr. Huchard nie podaje w liście swym, gdzie owe słowa Virchowa ogłoszone zostały, a jeżeli nas pamięć nie myli, to właśnie Virchow wystąpił wówczas przeciw owym niedorzecznym twierdzeniom niemieckich szowinistów lekarskich, Starka i wspólników, nawołując do opamiętania się i niekompromitowania siebie i nauki niemieckiéj. W każdym razie pożądaną byłoby rzeczą, aby Virchow sprostował naszem zdaniem mylnie przypisane mu orzeczenie.

* W K r y n i c y do dnia 6 bm. było gości 1584, w C i e p l i c a c h c z e s k i c h 3083.

* Ministerstwo austryjackie spraw wewnętrznych zakazało sprzedaży tak zw. pigułek szwajcarskich Brandta na podstawie opinii Najwyższéj Rady zdrowia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruk.** Nadzw. profesor patologii ogólnéj Dr. Maurycy L o e w i t mianowany został profesorem zwyczajnym. — **Berlin.** Na katedrę opróżnioną wskutek śmierci W e s t p h a l a powołany został prof. J o l l y ze Strasburga. — **Praga czeska.** Rektorem uniwersytetu niemieckiego wybrany został prof. patologii ogólnéj Dr. K n o l l.

* **Mianowania.** Naczelnik wydziału zdrowia w węgierskiem Ministerstwie spraw wewnętrznych Dr. Leopold G r o s s mianowany został radzcą ministeryjalnym.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz pułkowy 2 klasy w rezerwie Dr. Władysław H u b i c k i w Przemyślu przeniesiony został do stanu czynnego korpusu lekarsko-oficerskiego 10 pułku huzarów; daléj przeniesieni lekarze pułkowi Drowie Włodzimierz H r y c y k i e w i c z do 13 pułku ułanów, Józef M a d e y s k i do 41 pułku piechoty, Walery Ł u k a s i e w i c z do 10 pułku piechoty, starsi lekarze Drowie Józefat J a n o w s k i do 53-go pułku piechoty, a Bazyli K u r y ł o w i c z do 4 pułku ułanów. Stopnie doktorów med. otrzymali w Warszawie: pp. S k a b i c z e w s k i, J a s z c z y ń s k i i W a s s e r z u g; w Strassburgu zaś Dr. filozofii Wacław S o b i e r a ń s k i z Warszawy. (*Gaz. Lek.*). Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jag. pp. Stanisław K r a s o w s k i z Doliny, Samuel L u s t i g i Abraham R i e s e r z Krakowa.

* Kol. Dr. W e r n e r, c. k. lekarz powiatowy w Śniatynie, przesyła nam następujące sprawozdanie ze składki za jego inicyjatywą urządzonéj, wynurzając podziękowanie szanownym dawcom.

Na rzecz wdowy i sierót po zmarłym w powiecie Śniatyńskim koledze Drze Leonie Hornie wpłynęło za pośrednictwem: pp. Drów Gładyszowskiego lek. pow. w Tarnopolu 38 złr. 30 ct.; Cassiny lek. powiat. w Przemyślu 55 złr.; Krzyształowicza l. p. w Dolinie 20 złr.; Tyralskiego l. p. w Zbarażu 9 złr.; Przybylskiego lek. p. w Nowym Sączu 12 złr.; Omeissa emeryt. l. p. w Zaleszczykach 15 złr.; Januszkiewicza l. p. w Pilźnie 10 złr.: Kijasa l. p. w Mielcu 10 złr.; Rotha l. p. w Bochni 15 złr.; Coghena l. p. w Bohorodczanach 6 złr.; Głowackiego asyst. sanit. w Nadwórnie 13 złr.; Wrońskiego l. p. w Gorlicach 12 złr.; Berggrüna l. p. w Żółkwi 17 złr.; Zawadzińskiego l. p. w Wadowicach 9 złr.; Wągrowskiego l. p. w Czortkowie 9 złr.; Załozieckiego radcy sanitarn. i prym. w Czerniowcach 60 złr.; Lica l. p. w Brzozowie 13 złr.; Rosnera l. p. w Kołomyi 30 złr.; Buszka fizyka w Krakowie 33 złr.; Kronenberga asyst. sanitarn. w Limanowy 5 złr.; Bieńczewskiego l. p. w Dobromilu 10 złr.; Goldhabera l. p. w Żydaczowie 14 złr.; z powiatu Śniatyńskiego 35 złr. Razem 450 złr.

* **Nekrologija.** W Pradze czeskiéj umarł dnia 30 czerwca r. b. Dr. Franciszek Jan Z o u b e k, dawny współpracownik *Časopisu lék. cesk.* w dziedzinie dziejów lekarskich, gruntowny znawca dziejów oświaty narodowéj w 16 i 17 wieku.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowin. Lek.* Nr. 7: D r o b n i k a: Leczenie wrodzonéj stopy szpotawéj u dzieci (dok.); K a r l i ń s k i e g o: Przyczynek do znajomości zachowania się prątków cholery w kale; U l a t o w s k i e g o: O zatrzymaniu moczu i o usnnięciu takowego przez wyssanie trójgrańcem włoskowatym (dok.); W i c h e r k i e w i c z a: Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym (dok.). — W *Medycynie* Nr. 27: B i e g a ń s k i e g o: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (ciąg dal.). — W *Gaz. Lek.* Nr. 27:

[1]) W Krakowie ze zabitych w r. 1889 w miejskiéj rzeźni 11295 wołów i 1681 krów, sprawdzono 40 razy perlicę u krów, z których w myśl ustawy z 28 czerwca 1888 r. dwie sztuki z powodu ogólnéj perlicy całkiem zniszczono. Z podanéj liczby bitego bydła, 7500 sztuk zostały na sposób żydowski zarznięte, z któréj to liczby uznali rzecznicy 5960 jako koszerne. Pozostała reszta odrzuconą została jako trefne przeważnie z powodu wspomnianéj perlicy, oraz zrostów opłucny płuc z opłucną żebrową, jakoteż obcych ciał w żołądku i przyrośnienia czepca do przepony.

Puławskiego: Żółtaczka złośliwa z zejściem pomyślnem: Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnej przy chorob. rodzajnych kobiecych niezap. pochodzenia (szereg 4-ty).

Sprostowanie: W Nrze 24 *Przegl. Lek.* zaszły następujące pomyłki: Na str. 333, szpalta 2-ga, wiersz 20 od góry zamiast Butra ma być B u t z a; to samo na str. 331, szpalta I-sza, wiersz 24 od góry. Na str. 334 szpałta 2-ga, wiersz 24 od góry ma być nie Lauensteina, lecz sposób H e l f e r i c h a. Na str. 335, szpalta I-sza, wiersz 21 od góry zamiast części, ma być c i ę c i a, a w wierszu 24 zam. udowe, ma być p o d u d z i a.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Podziękowanie.

Zostawszy po śmierci męża mego ś. p. Dra L e o n a H o r n a lekarza w Zabłotowie wraz z 2 dziećmi w nader krytycznem położeniu znalazłam opiekuna i zbawcę w osobie Wgo Pana Dra Karola Wernera c. k. lekarza powiatowego w Śniatynie. Zacny ten mąż, który podczas słabości małżonka mego chętnie i bezinteresownie spieszył z pomocą, udał się z własnej inicyatywy, nie czekając nawet prośby mojej, do kolegów ś. p. mego męża dla uzyskania wsparcia dla rodziny w nędzy pozostałej i udało mu się zebrać dotychczas 450 złr.

Za dar ten składam wszystkim Panom, którzy się do tego przyczynili, a mianowicie zacnemu i W. Drowi Wernerowi, który kierując się szlachetnym popędem swego serca losem moim i małoletnich moich dzieci tak szczerze się zajął — najserdeczniejsze „B ó g z a p ł a ć“. 97—1—1

W Z a b ł o t o w i e, dnia 2 Lipca 1890.

Zofia Horn, wdowa po lekarzu.

Miasteczko J e z i e r z a n y koło Czortkowa, 5000 mieszkańców liczące poszukuje

Doktora medycyny

z roczną płacą 200 złr. i dochodami za oglądanie zwłok i bydła.

Bliższych wiadomości udziela radny miasta

93—3—3 *J. B. Seidmann.*

L. 858.

Obwieszczenie.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego do pełnienia służby zdrowia i oględzin bydła na rzeź przeznaczonego w gminie miasta Horodenki z płacą roczną 300 złr. i subwencyą ze strony Wydziału powiatowego w rocznej kwocie 100 złr. rozpisuje się niniejszem konkurs.

Ubiegający się o tę posadę wnieść mają najpóźniej do 25 Lipca 1890 do Zarządu miasta Horodenki swoje podania przy dołączeniu metryki urodzenia, dyplomu doktora wszech nauk lekarskich i dowodu dotychczasowego zatrudnienia.

Posada powyższa nadaną będzie na rok jeden prowizorycznie, a po roku może nastąpić stabilizacya.

Z a r z ą d m i a s t a.

H o r o d e n k a, dnia 4 Lipca 1890.

98—3—1 c. k. komisarz rządowy: *Setkiewicz.*

L. 623.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w mieście powiatowem Żydaczów rozpisuje się konkurs.

Roczna płaca 500 złr., dochody z oględzin bydła i zmarłych, posada prowizoryczna na rok jeden.

Podania wnieść należy do zwierzchności gminnej najdalej do 20 Lipca b. r.

Magistrat król. woln. miasta 94—3—3

Ż y d a c z ó w, 15-go Czerwca 1890 r.

Za burmistrza: ***Józef Dawiczak.***

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.